

Diabetespotilaan ohjaus

DIABETESPOTILAAN OHJAUS



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyö

Forssa, syksy 2015

Sari Hannu
Jutta Vihersalo

FORSSA
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja

Tekijä	Sari Hannu Jutta Vihersalo	Vuosi 2015
Työn nimi	Diabetespotilaan ohjaus	

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää diabetespotilaiden subjektiivisia kokemuksia saamastaan ohjauksesta. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä erään eteläsuomalaisen sairaalan kanssa, missä oli käynnissä diabetespotilaille suunnattua potilasohjausta projektiluonteisesti vuosina 2014–2015. Opinnäytetyö sisälsi kvalitatiivisen tutkimuksen diabetespotilaille heidän kokemuksistaan. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa mahdollisesti uutta tietoa ohjauksesta, jonka avulla diabetespotilaan ohjausta voitaisiin mahdollisesti parantaa vastaamaan diabetespotilaan tarpeita.

Tutkimusaineisto kerättiin kvalitatiivista eli laadullista menetelmää käyttäen. Aineisto kerättiin kahdella otantakerralla kyselylomaketta käyttäen. Aineisto analysoitiin laadullisella sisällön analyysillä.

Tutkimustulosten mukaan, suurin osa tutkimukseen osallistuneita potilaista, oli tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Potilaat kokivat ohjauksen hyödylliseksi ja tarpeelliseksi. Potilaat kokivat saaneensa ohjauksessa tietoa monipuolisesti. Potilaat kokivat ohjauksessa saadulla tiedolla olevan merkitystä diabeteksen hoidossa. Diabetespotilaat toivoivat samankaltaisen ohjauksen jatkuvan tulevaisuudessa. Tutkimuksessa ilmeni, että potilaat toivoivat pääsevänsä lisäohjauskäynnille niin halutessaan. Opinnäytetyön tuloksia voi kyseinen sairaala mahdollisesti hyödyntää diabetespotilaiden ohjauksessa.

Avainsanat Omahoito, diabetespotilaan ohjaus, hoitajan potilasohjaustaidot

Sivut 34 s. + liitteet 4 s.

FORSSA

Degree Programme in Nursing
Nurse

Author

Sari Hannu
Jutta Viherala

Year 2015

Subject of Bachelor's thesis

Diabetes patient education

ABSTRACT

The purpose of this study was to investigate the subjective experiences of patients with diabetes regarding received counseling. This thesis was done in cooperation with a southern Finnish hospital where counseling was given to patients about diabetes as a project in 2014–2015. The study includes a qualitative study of diabetes patients about their experiences. The aim of this study was to produce any new information by means of which the diabetic patient guidance could be improved to meet the needs of patients with diabetes.

The data were collected by using the qualitative method. The data was collected at two sampling occasions, using a questionnaire. The data were analyzed using qualitative content analysis.

According to the results, the majority of the patients participating in the study was satisfied. The patients felt that guidance is useful and necessary. The patients felt that they received guidance information in a versatile manner and the information obtained was of importance in treating. The diabetic patients were hoping for a similar control to continue in the future. The investigation revealed that the patients hoped for further control visits if they so wished. The hospital may utilize the results of the thesis in their diabetes counseling.

Keywords Self-care, diabetes patient education, nurses patient counseling skills

Pages 34 p. + appendices 4 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	OPINNÄYTETYÖN TEOREETTINEN VIIITEKEHYS.....	2
2.1	Diabetes Mellitus.....	2
2.2	Diabetespotilaan ohjaus.....	4
2.3	Diabetespotilaan omahoito.....	7
2.4	Hoitajan ohjaustaidot.....	9
2.4.1	Vuorovaikutuksen merkitys ohjauksessa	12
2.4.2	Muutosvaihemalli ohjauksessa	13
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	15
3.1	Opinnäytetyön tutkimuskysymykset	16
3.2	Diabeteshoitajien haastattelu.....	16
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	18
5	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	20
5.1	Taustatiedot vastaajista	21
5.2	Kokemukset ohjauksen toteutumisesta	21
5.3	Kokemukset hyvän ohjauksen toteutumisesta.....	25
5.4	Kokemukset diabetespotilaan ohjauksen kehittämisestä.....	27
5.5	Johtopäätökset	28
6	POHDINTA.....	31
6.1	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	32
6.2	Eettisyys ja luotettavuus tässä opinnäytetyössä	33
	LÄHTEET	35

Liite 1	Saatekirje
Liite 2	Kyselytutkimus

1 JOHDANTO

Diabetes Mellitus, kansankielellä sokeritauti, on jatkuvasti lisääntyvä sairaus Suomessa sekä muualla maailmassa. Suomessa diabetespotilaita on arvioilta yli 500 000 ja sairastuneiden määrä tulee kaksinkertaistumaan lähivuosina. (Ahonen, Blek-Vehkoluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2013.) Diabetespotilaan omahoito vaikuttaa suuresti potilaan elämänlaatuun, terveyteen sekä sairauden hoitoon (Mölsä, Krogerus-Therman, Raatikainen & Tolvanen 2010). Sairaalassaoloaikojen lyhentyessä tarve hyvälle potilasohjaukselle kasvaa. Onnistuneella ohjauksella on vaikutus potilaan toipumiseen ja kotiutumiseen. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006.)

Ammattihenkilöstön antama tuki ja kannustus ovat potilaan omahoidon kannalta oleellisia asioita, ja siksi potilasohjauksen tulisi olla mahdollisimman hyvää ja laadukasta (Partanen, Dhawan, Halonen, Keinanen-Kiukaaneniemi, Lyytikäinen, Marttila, Poskiparta & Tulokas 2003). Potilasohjauksessa hoitajalla tulee olla riittävästi ajankohtaista tietoa sairaudesta sekä riittävästi taitoja erilaisista ohjausmenetelmistä. Hoitajalla tulee olla hyvät ohjaus- ja vuorovaikutustaidot, jotta potilasohjaus onnistuu potilaan tarpeet huomioiden. Jatkuva tietojen ja taitojen päivittäminen kuuluvat olennaisena osana potilasohjausta antavan hoitajan rooliin. (Lipponen 2014.)

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä erään eteläsuomalaisen sairaalan kanssa. Kyseisessä sairaalassa oli käynnissä diabetespotilaille suunnattua ohjausta diabeteksestä projektiluontoisesti. Projektiin osallistuneet potilaat olivat osastohoidossa olleita diabetespotilaita, joilla oli diagnosoitu diabetes mellitus. Projektin tavoitteena oli tukea ja auttaa, potilasohjauksen avulla potilaita selviytymään arkipäivän tilanteista sairautensa kanssa kotiutumisen jälkeen. Päämääränä ohjauksessa oli potilaan mahdollisimman laadukas elämä nyt ja tulevaisuudessa. Ohjauksen tavoitteena oli tukea potilasta omahoidon onnistumisessa sekä motivoida potilasta omahoitoon. Projekti oli alkanut kokeiluluontoisesti syksyllä 2014. Koska potilasohjaukselle oli tarvetta, projektia jatkettiin vuonna 2015. Tässä opinnäytetyössä tutkittiin projektiin osallistuneiden potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta.

Tarkoituksena tässä opinnäytetyössä oli selvittää diabetespotilaiden subjektiiviset kokemukset saamastaan ohjauksesta, sekä saada vastauksia kysymyksiin ”Millaista on diabetespotilaan hyvä ohjaus potilaiden kokemusten mukaan?” sekä ”Miten potilasohjaus toteutui diabetespotilaiden kokemusten mukaan?” Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa mahdollisesti uutta tietoa ohjauksesta, jonka avulla voitaisiin mahdollisesti parantaa potilaiden saamaa ohjausta vastaamaan diabetespotilaiden tarpeita. Kiinnostus tämän tutkimuksen aihealueeseen lähti opinnäytetyön tekijöiden kiinnostuksesta diabetespotilaan hoitotyöhön. Opinnäytetyön aihe vahvistui opinnäytetyön tiilaajan tarpeesta kehittää diabetespotilaiden potilasohjausta.

2 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Keskeiset käsitteet opinnäytetyössä ovat diabetespotilaan omahoito, diabetespotilaan ohjaus ja hoitajan potilasohjaustaidot. Nämä keskeiset käsitteet ohjasivat opinnäytetyön tekemistä ja antoivat viitekehyksen tiedolle, josta oltiin kiinnostuneita tässä opinnäytetyössä. Tässä työssä verensokerilla tarkoitetaan verenglukoosipitoisuutta.

Diabetespotilaan omahoidolla käsitetään henkilön omakohtaista sekä omavastuista toimintaa, jolla diabetespotilas ylläpitää elämän laatua, terveyttä ja hoitaa sekä parantaa sairauttaan itsenäisesti. Terveystieteiden henkilöstö tukee toiminnallaan potilaan omahoitoa. (Mölsä ym. 2010). Diabetespotilaan omahoito toimii diabeteksen lähtökohtana ja on osa kokonaisvaltaista hoitoa. Potilaan omahoitoa tukevat hoidonohjaus sekä ammattihenkilöstön tuki ja kannustus. (Partanen ym. 2003.)

Potilasohjauksessa ammattihenkilö antaa potilaalle tietoa hänen terveydentilastaan sekä sairauden hoidosta. Potilasohjauksen tulee olla yksilöstä lähtevää, yhteistyössä potilaan kanssa suunniteltua, sekä omahoitoa tukevaa. Potilasohjaus voi olla kirjallista, suullista tai molempia. (Mölsä ym. 2010.)

Diabetespotilaan ohjauksessa tärkeitä seikkoja ovat yksilöllisyys, tarpeiden, tunteiden ja kykyjen huomiointi. Diabetespotilaalla itsellä on päävastuu sairautensa hoidosta. Tasavertaisuus ohjaajan kanssa, moniammatillisen ryhmän tuki auttavat potilasta selviytymään sairautensa kanssa. Diabeteksen hoidossa tavoitteet ja erilaiset toimintatavat on hyvä selvittää yhdessä potilaan ja hoitohenkilön kanssa. (Partanen ym. 2003.)

Henkilöstön ammattitaito on diabetespotilaan ohjaukseen laatuun vaikuttava tekijä. Säännöllinen ammattihenkilöstön kouluttaminen takaa ohjauksen laatua. (Koski 2009.) Hoitohenkilöstön tiedot, taidot, asenteen ja ohjausmenetelmien hallinta, ovat hyvän ja laadukkaan potilasohjauksen edellytyksiä. Edellä mainitut seikat luovat hoitohenkilöstölle sen ammattitaidon, jolla he ohjausta toteuttavat. Hyvä potilasohjaus edellyttää kattavaa tietoa ohjattavista asioista. Ohjauta antavalla henkilökunnalla tulisi olla hallussa erilaiset ohjausmenetelmät sekä hyvät ohjaus- ja vuorovaikutustaidot. (Lipponen 2014.)

2.1 Diabetes Mellitus

Diabetesta tunnetaan yleisimmin kahta eri päätyyppiä, tyypin 1 ja tyypin 2 diabetekset. Muita diabetes tyypejä ovat muun muassa MODY, mitokondriaalinen diabetes, sekundaarinen diabetes, haimanpoiston jälkeinen diabetes ja raskausajan diabetes. (Yki-Järvinen & Tuomi 2013.) Suomessa sairastavista diabetespotilaista noin 80 % sairastaa tyypin 2 diabetesta (Mustajoki 2014).

Tyypin 1 diabetes tunnetaan myös niin sanottuna nuoruustyypin diabeteksena. Siinä elintoiminnolle välttämätöntä haiman insuliinia tuottavat solut

ovat tuhoutuneet, jolloin insuliinia ei erity. Tästä seuraa insuliinin puutos, jolloin veren sokeripitoisuus nousee liian korkealle. Tyypin 1 diabetesta hoidetaan lähes aina insuliinipistoksien avulla. Tähän sairauteen on perinnöllinen taipumus. Tyypin 2 diabeteksessa haima tuottaa insuliinia, mutta keho ei pysty käyttämään sitä, tai sitä ei erity riittävästi. (Diabetesliitto 2014a; Diabetesliitto 2014b.)

Kolmasosalla ihmisistä on taipumus tyypin 2 diabetekseen, mutta se johtaa harvoin diabeteksen puhkeamiseen. Liikunnalla sekä ylipainon välttämällä voidaan ehkäistä diabeteksen syntyä. Riski sairastumiseen lisääntyy 10–20 kertaiseksi, jos keski-ikäisellä ihmisellä on ylipainoa 15 kg tai enemmän. (Mustajoki 2014.)

Diabetes määritellään yön yli paastoamisen jälkeen, jos verensokeri on 7 mmol/l tai sitä enemmän. Normaalin verensokeripitoisuuden yläraja on 6 mmol/l. Heikentyneeksi paastosokeriksi kutsutaan tilaa, jossa paastoverensokeri on välillä 6,1–6,9 mmol/l. Diabetes voidaan todeta myös sokerirasitustestillä, jossa kaksi tuntia glukoosin nauttimisen jälkeen mitataan veren glukoosipitoisuus. Jos kahden tunnin arvo on yli 11 mmol/l, on henkilöllä diabetes. Heikentynyt glukoosin sieto on arvoilla 7,8–11 mmol/l. Heikentynyt glukoosinsieto merkitsee sitä, että henkilöllä on jokin aineenvaihduntaan liittyvä häiriö. Kolmas tapa mitata olemassa olevaa diabetesta on sokerihemoglobiinin mittaaminen (HbA_{1c}). Jos kahden mittauksen arvo on 48 mmol/l tai enemmän on kyseessä diabetes. (Mustajoki 2014.)

Tyypin 1 diabeteksen oireisiin kuuluu lisääntynyt virtsaamisen tarve, jano, laihtuminen sekä väsymys. Jos diagnoosi myöhästyy, voi sairaus edetä ketoasidoosiksi eli happomyrkytykseen, tällöin yleistila heikkenee ja ilmenee hengästymistä. Tila on tällöin hengenvaarallinen ja vaatii välitöntä sairaalahoitoa. (Mustajoki 2014.)

Tyypin 1 diabetekseen sairastuneista suurin osa on alle 30 vuotiaita, usein lapsia. Tyypin 2 diabeteksen oireina on usein väsymys aterioiden jälkeen, ärtyneisyys, jalkojen särkyä sekä tulehdusherkyyden lisääntyminen. Veren sokeripitoisuuden kasvaessa lisääntyvät myös virtsaneritys ja janon tunne. Tyypin 2 diabetes kehittyy usein vuosien kuluessa asteittain ilman voimakkaita oireita. Se todetaan usein sattumalta muiden tutkimusten yhteydessä. (Mustajoki 2014.)

Diabeteksen huono hoitotasapaino, voi aiheuttaa lisäsairauksien kehittymistä hiljalleen vuosien kuluessa. Hoitotasapaino tarkoittaa sairauden vakaata tilaa, joka saavutetaan hyvällä hoidolla. Suurentunut verensokeripitoisuus aiheuttaa usein lisäsairauksia. Mitä korkeampi verensokeripitoisuus on keskimäärin, sitä suurempi riski on sairastua lisäsairauksiin. Pitkäaikainen verensokeri mittaa verensokeriprosenttia 2-3 kuukauden ajalta. (Mustajoki 2014.)

Jatkuvasti koholla oleva verensokeripitoisuus vahingoittaa hiusverisuonia ja valtimoita. Tämän seurauksena voi olla silmänverkkokalvonsairaus eli silmän retinopatia. Munuaissairaus eli nefropatia on myös seurausta kohonneesta verensokeripitoisuudesta. Sen ensimmäisiä oireita ovat virtsamäärän

suureneminen. Kohonnut verensokeripitoisuus johtaa pitkän ajan kuluessa myös munuaisten vajaatoimintaan. Kolmantena lisäsairautena etenkin alaraajoissa ilmenee ääreishermoston häiriöitä eli neuropatiaa, jonka oireina ovat särky ja tunnottomuus. Tällöin tuntoaisti ja verenkierto ovat heikentyneet ja seurauksena voi olla vaikeasti hoidettavia haavoja ja tulehduksia. Diabetesta sairastavilla on myös 2-3 kertaa suurempi riski sairastua sydäninfarktiin ja aivoverenkiertohäiriöihin lisääntyneen valtimotaudin vuoksi. Edellä mainitut lisäsairaudet liittyvät sekä tyypin 1 että tyypin 2 diabetekseen. (Mustajoki 2014.)

Diabeteksen lääkehoidon tavoitteena on saada sokeritasapaino normaalitasolle. Lääkehoitona, verensokeria alentavaa lääkettä, aloitetaan käyttämään tavallisesti, kun paastosokeri on toistuvasti koholla, tai jos sokeri on koholla kaksi tuntia ruokailun jälkeen. (Diabetesliitto 2015.)

Tyypin 1 diabeteksessa lääkkeenä käytetään insuliinia. Mikäli tyypin 2 diabetes todetaan ajoissa, ei lääkehoitoa välttämättä alussa tarvita lainkaan. Tällöin kiinnitetään huomioita elintapamuutoksiin, kuten ruokavalioon, liikuntaan sekä painon hallintaan. (Mustajoki 2014.)

Liikunta on oleellinen osa diabetespotilaiden hoitoa. Liikunta pienentää paastoverensokeria, lisää insuliinin vaikuttavuutta sekä alentaa verenpainetta. (Käypä hoito -suositus 2015.) Kanerva (2014) toteaa tuoreessa väitöstutkimuksessa, että terveellinen pohjoismainen ruokavalio pienentää 50 % vyötärölihavuuden riskiä. Suomessa lihavuus on yksi merkittävä terveyttä uhkaavia tekijöitä. Vyötärölihavuus liittyy metaboliseen oireyhtymään, jossa useampi aineenvaihdunnallinen häiriö, kuten veren pienentynyt hyvän (HDL) kolesterolin pitoisuus, heikentynyt sokerinsieto ja kohonnut verenpaine, esiintyvät yhtäaikaaisesti. Suomalaisista työikäisistä 30 % ovat terveyden kannalta liian pulleita vyötärön seudulta (miehillä ≥ 100 cm, naisilla ≥ 90 cm).

Diabeteksen hoidossa käytetään lääkehoitoa, mikäli verensokeriarvoja ei elintapamuutoksilla saada kuriin. Diabeteksen hoidossa käytetään suunkautta otettavia lääkkeitä tai insuliinia joko samanaikaisesti tai erikseen, sairauden tyypistä ja hoitotasapainosta riippuen. (Mustajoki 2014.) Diabeteksen hoidossa painonhallinta on tärkeää. On myös todettu että jo 5 %:n painon pudottamisella on positiivisia vaikutuksia verensokeritasapainoon. (Käypä hoito -suositus 2015.)

2.2 Diabetespotilaan ohjaus

Potilasohjaus on hoitotyön keskeinen auttamismenetelmä. Potilaan ohjauksen tarve lisääntyy, koska potilaiden tietoisuus oikeuksistaan, sairauksistaan sekä hoidosta, lisääntyy jatkuvasti. Väestön ikääntyminen, kansansairauksien lisääntyminen, hoitoaikojen lyhentymisen, avohoitopainotteisuus, koulujen kasvu, lääketieteen kehittyminen ja epäsuhte palvelujen tarjoamisen ja tarpeen välillä, tuovat lisähaastetta potilasohjaukselle. Hoitohenkilökunnalla tulee olla riittävästi rohkeutta, taitoa sekä aikaa potilasohjaukselle. (Lipponen 2014.)

Hoitoaikojen lyhentyessä ja avohoidon lisääntyessä, potilasohjaukselle jää vähemmän aikaa kuin aikaisemmin. Tästä syystä on potilaiden tarpeet huomioitava entistä tarkemmin. Ohjauksen on oltava selkeää ja potilaiden tulee ymmärtää saamansa ohjaus. (Lipponen ym. 2006.)

Potilasohjaus koostuu suunnitelmallisuudesta, vuorovaikutuksesta, ilmapiiristä, potilaslähtöisyydestä sekä sairauden ennusteesta. Potilasohjauksen suunnittelulla ja aktiivisella vuorovaikutuksella, edistetään ohjauksen onnistumista sekä laatua. Jokaisen potilaan yksilölliset tarpeet ohjaukseen tulee huomioida. Potilaiden omahoito, hoitoon sitoutuminen, tunteiden hallinta sekä elämänlaatu kohdistuvat ohjauksesta saatuihin hyötyihin. Monipuoliset ohjausmateriaalit, ohjausmenetelmät sekä siihen varattu aika, vaikuttavat ohjaukseen sekä sairauden hoitoon. (Kaakinen 2013.)

Hoitopaikassa tulee olla selkeä suunnitelma, jossa varmistetaan hoidonohjaukseen osallistuvien työnjako, tavoitteet ja yhteinen käsitys hoitokeinoista sekä hoidon toteuttamisesta. Potilasohjauksen sisällön tulee antaa potilaalle riittävästi tietoa ja taitoa, joiden perusteella potilas pystyy tekemään arvioita omasta sairaudestaan sekä hoitoaan koskevat valinnoista. Oikea-aikaisuus, jatkuvuus, suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus ovat olennainen osa hoidonohjauksessa. (Juselius 2013.)

Ohjausta annetaan potilaille yksilö- sekä ryhmäohjauksilla. Ryhmäohjauksen etuina ovat muiden potilaiden antama vertaistuki. Ohjaus voi olla suullista, kirjallista sekä molempia yhtäaikaaisesti. Nykyisin käytetään paljon myös audiovisuaalisia ohjausmenetelmiä, kuten puhelinohjausta ja internetin välityksellä tapahtuvaa ohjausta. Ohjauksessa suositetaan nykyisin myös erilaisia videoita ja pelejä. (Juselius 2013; Ahonen ym. 2013.)

Potilasohjauksessa potilaalla on aktiivinen rooli ja hoitohenkilökunnan tehtävänä on tukea potilasta päätöksen teossa. Valmiiden vastausten tuominen hoitohenkilökunnalta ei ole suotavaa. Potilaan tietoa, ymmärrystä ja itsestä tietoon perustuvaa päätöksentekoa pyritään lisäämään potilasohjauksella. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007.)

Potilasohjauksessa potilaan oma ymmärrys ohjauksen merkityksestä on tärkeää. Ohjauksen avulla potilas voi tarkastella omaa toimintaansa sekä tilaansa. Sairauden hoito tulisi suunnitella yhdessä potilaan kanssa, jotta saadaan potilas itse sitoutumaan mahdollisimman hyvin sairauden hoitoon. Hoitoon sitoutumista edistävät hoitajan ja potilaan hyvä ohjaussuhde. Ohjauksen avulla potilas saa eväitä omahoitoon ja pystyy tarkkailemaan omaa tilaansa sekä toimintaansa paremmin. (Kyngäs & Hentinen 2008.)

Potilasohjaukseen vaikuttavat aina potilaan sekä ohjausta antavan henkilön fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja ympäristöön vaikuttavat taustatekijät. Taustatekijöiden tunnistaminen saattaa olla haastavaa niin potilaalle kuin ammattihenkilölle. Ohjaustilanteessa vuorovaikutuksessa on aina vähintään kaksi osapuolta, joiden taustatekijät vaikuttavat ohjaukseen. Taustatekijöiden tunnistamisen keinoja ovat keskustelu potilaan kanssa, itsensä tarkkailu

sekä käyttäytymisen tunnistaminen. Sosiaalisina taustatekijöinä pidetään sosiaalisia suhteita, ympäristön liittyviä tekijöitä, kulttuurista tai uskonnosta tulevia tekijöitä. Psyykkiseen ilmapiiriin ohjaustilanteessa vaikuttavat hoitaja sekä potilas. (Kyngäs & Hentinen 2008.)

Ohjaustilanteen tulisi olla aina kiireetön tilanne, koska potilas aistii helposti kiireen. Kiireetön ilmapiiri luo turvallisen olotilan potilaalle ja ohjaus onnistuu paremmin. Ohjaukseen sitoutuminen, motivaatio sekä halukkuus osallistua vuorovaikutukseen ovat tärkeitä tekijöitä ohjauksessa. (Kyngäs & Hentinen 2008.)

Jokaisen potilaan tulisi saada hyvää hoitoa yksilöllisesti. Jokaisella potilaalla on oikeus saada selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä sekä eri hoitovaihtoehtoista. Potilasohjauksessa, hoitovaihtoehtojen vaikutukset ja hoitoon vaikuttavat muut seikat, tulisi käydä ilmi. Ohjaajan tulee antaa tietoa potilaalle hänen terveydentilastaan riittävän selkeästi ja siten, että potilas sen ymmärtää. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, 2:5 §.)

Potilaiden tulisi saada ohjauksesta riittävästi tietoa sairauden hoidosta ja hoidon toteuttamisesta. Ohjauksessa potilaiden tulisi saada riittävästi tukea päätöksiensä tueksi. Jokaisella potilaalla on oikeus saada hyvää ohjausta riittävästi. Ohjauksessa riittävä tuen antaminen sairauteen perehtymiseen on tärkeää. (Eloranta & Virkki 2011; Rantala 2014.)

Potilasohjauksesta käytetään synonyymeja, motivoiva keskustelu, neuvonta, opettaminen sekä valmentaminen. (Ahonen ym. 2013.) Motivoiva haastattelu on asiakaskeskeistä, ohjaajan tukemaa keskustelua. Potilasta autetaan kysymysten ja aktiivisen kuuntelun avulla tunnistamaan sillä hetkellä olevia mahdollisia ongelmia tai tulevia ongelmia. Tarkoituksena on saada potilas puhumaan itse muutoksen puolesta ja auttaa häntä toimimaan, jotta hän saisi itse ongelmiinsa ratkaisuja. (Havio, Inkinen & Partanen 2013.)

Sairastumisen alkuvaiheessa diabetespotilaat saattavat tuntea syyllisyyttä, pelkoa ja aggressioita, joita olisi hyvä käsitellä ammattihenkilön kanssa. Potilasohjauksen tulee olla aina potilaslähtöistä, vaikka sitä toteutetaan systemaattisesti. Ohjauksessa tulee käsitellä aina diabetespotilaalle ajankohtaisia ja tärkeitä asioita. Ohjauksen tulisi edetä aina ongelmalähtöisesti. (Juselius 2013.)

Laadukkaalla ohjauksella on myönteisiä vaikutuksia potilaaseen. Ohjauksella pystytään vaikuttamaan potilaan toimintakykyyn, hoitoon sitoutumiseen, elämänlaatuun, omahoitoon, kotona selviytymiseen sekä itsenäiseen päätöksentekoon. Ohjauksen avulla voidaan vaikuttaa potilaan tiedon sekä ymmärrettävyyden määrän kasvuun. Asioiden selkeytyminen potilaalle helpottuu ohjauksen avulla. Toistuvia oireita, lisäsairauksien syntyä, sairauspäiviä sekä hoitokäyntejä, voidaan ehkäistä ohjauksen avulla. Ohjauksella on vaikutusta hoidon seurantaan sekä lääkkeiden käyttöön. (Kyngäs ym. 2007.)

Potilasohjauksessa tärkeää on antaa tietoa myös potilaan omaisille. Omaisten osallistuminen potilasohjaukseen on toivottavaa. Hoitoon liittyvä asioiden jakaminen omaisten kanssa on tärkeää potilaiden kannalta. Omaisten ottaminen mukaan ohjaukseen antaa tietoa ja tukea koko perheelle. Väärinymmärrysten riski vähenee ja lisäkysymysten esittäminen helpottuu, kun omaiset ovat paikalla ohjaustilanteessa. Sairauden vaikutuksista perheeseen sekä parisuhteeseen, olisi hyvä keskustella ammattihenkilöstön kanssa. Ohjaajan tulisi tukea potilaan sekä omaisten voimavarojen. Omaisten ja potilaiden keskinäistä suhdetta tulisi tukea ohjauksen aikana. (Lipponen ym. 2006; Lipponen, Ukkola, Kanste & Kyngäs 2008; Mattila 2011; Rantala 2014.)

Ohjauksessa tulisi kiinnittää huomioita tukiryhmien ja sosiaalisten etuuk-sien ohjaamiseen. Potilaat kokevat usein saavansa liian vähän ohjausta näistä asioista. Tukiryhmillä on selkeä vaikutus sairauden kanssa elämiseen ja potilaiden hyvinvointiin sekä jaksamiseen. Erilaiset sosiaaliset etuudet kuuluvat usein osaksi sairauden kanssa elämistä. (Lipponen ym. 2006; Ka-kinen 2014.)

Käypä hoito -suosituksen (2015) mukaan sairauden toteamisvaiheessa in-suliinihoitoiselle diabetespotilaalle tulisi ohjata insuliinin pistäminen, ve-rensokerin mittaaminen, hiilihydraattien arviointi ja liian matalan verensokerin tunnistaminen ja sen hoito. Ruokavalio tai oraalista lääkehoitoa toteuttava diabetespotilas tarvitsee tietoa sairauden hoidosta, vaikka oireita ei välttä-mättä olisi. Tietoa tulisi antaa ruokavaliosta, lääkehoidon merkityksestä sai-rauteen ja verensokeritason mittaamisesta. Sairauden alkuvaiheessa tärkeää olisi määritellä yhdessä ammattihenkilöstön kanssa verensokerin tavoitear-vot, joiden avulla sairautta lähdetään hoitamaan.

2.3 Diabetespotilaan omahoito

Potilaalla itsellään on aina päävastuu sairauden hoidosta. Potilaan itsensä tekemillä päätöksillä omahoidosta ja elintavoista, on suuri merkitys sairau-den hoidossa. Omahoito kuvaa potilaan aktiivista roolia potilaan omassa hoidossa. Hoitohenkilökunnan tulee tukea potilaan voimaantumista, moti-vaatioita, autonomiaa sekä pystyvyyden tunnetta. Potilaan itse tulisi olla valmis ottamaan vastuu oman sairauden hoidosta. Terveellisillä elintavoilla potilas voi vaikuttaa sairauden hoidon onnistumiseen. (Ahonen ym. 2013.)

Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat potilaan persoonallisuus, elintavat, us-konnolliset tekijät sekä erilaiset pelot. Potilaan omat kokemukset vaikutta-vat suuresti sairauden hoitoon. Potilaan tulisi ymmärtää hoidon hyödyt sekä mahdolliset haitat. Potilaan ymmärrys sairaudesta ja oireista vaikuttavat omahoitoon. Potilaan hoitohenkilöstöön kohdistuvat asenteet vaikuttavat potilaan hoitoon sitoutumiseen. (Ahonen ym. 2013.)

Potilaan omahoidon kannalta huomioitavia taustatekijöitä ovat potilaan ikä, terveydentila ja sairauden laatu. Aikuisella potilaalla, joka on itse kykenevä hoitamaan itseään, on vastuu omasta hoidosta ja siitä, miten hoitoonsa si-

toutuu. Aikaisempien tutkimusten mukaan on ilmennyt, että potilaan sitoutuminen hoitaa pitkäaikaista sairautta on huonompi kuin lyhytaikaisessa sairaudessa. Potilaan hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat negatiivisesti monenlaisten muutosten tekeminen eri elämän osa-alueilla samanaikaisesti, kuten lääkehoito, ruokavalio, apuvälineet. Tällöin potilas tarvitsee hoitajalta erityistä tukea hoitoon sitoutumisessa. (Kyngäs & Hentinen 2008.)

Omahoidon sekä hoitoon sitoutumisen tukemiseksi, tulisi tehdä yhdessä potilaan ja hoitohenkilökunnan kanssa tavoitteet, jota kohti sairauden hoidossa mennään. Potilaan oma motivaatio, onnistumisodotukset, terveysuskomukset sekä kokemukset vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen. Omahoidon onnistumisen kannalta tulee huomioida potilaan ohjaustarpeet, oppimistavat sekä ohjausvalmiudet. (Kyngäs & Hentinen 2008.)

Omahoidossa tärkeänä voimavarana nähdään potilaan perhe sekä vertaisryhmät. Potilaan sosiaalisen verkoston tuki edesauttaa sairauden hoitoa ja omahoitoa. Omaiset tarvitsevat myös tukea ja ohjausta sairauden hoidossa. (Lipponen ym. 2006; Ahonen ym. 2013.)

Diabeteksen hoitoon kuuluu olennaisesti ruokavalion, liikunnan ja lääkeshoidon yhdistäminen (Mustajoki 2014). Diabeteksen hoidossa pyritään ehkäisemään diabeteksen komplikaatioita, saamaan diabetespotilas oireettomaksi sekä takaamaan hyvä elämänlaatu. Hoidon tavoitteet määritellään yksilöllisesti jokaisen potilaan kanssa. (Käypä hoito -suositus 2015.)

Diabetespotilaat kantavat vastuun omasta sairaudestaan itse. Sairastavan omahoito edellyttää diabeteksen ja hoidon omaksumista. Potilaiden omahoitoon panostaminen on tärkeää, jotta mahdollisilta lisäsairauksilta vältytään ja pystytään mahdollisimman hyvään elämään. Omahoitoon kuuluvat muun muassa hyvän verensokeritasapainon saavuttaminen, säännöllinen verensokerin mittaaminen, syödyn hiilihydraatin laskeminen, sekä pistettävien insuliinien määrät. (Rantala 2014.)

Sairauden hoitaminen ja omahoito on potilaan itsensä oma asia, ja päävastuu sairauden hoidosta on aina potilaalla itsellä. Diabetespotilaan jokapäiväiseen elämään kuuluu matalaan verensokeriin varautuminen, sen tunnistaminen, kokeminen sekä sairauden hoitaminen. Diabetespotilaille tyypillisiä tunteita ovat pelko, mielialojen vaihtelu, tuen kaipaaminen sekä ylimääräinen huoli sairaudesta. Pelkoa potilaille aiheuttavat matala verensokeri, huono hoitotasapaino ja lisäsairaudet. (Rantala 2014.)

Diabetespotilaan tulee kiinnittää huomioita terveelliseen, säännölliseen ja monipuoliseen ruokavalioon. Ruokavalio tulee olla pääpiirteittäin tavallista kotiruokaa. Verensokeritasapainon ylläpitäminen sekä painonhallinta ovat diabetespotilaan hyvinvoinnin kannalta tärkeää. Ravitsemuksessa tulee välttää ravitsemuksellisesti vähäarvoisia aineita, kuten sokeria, valkoista viljaa, kovaa rasvaa sekä suolan. Diabetespotilaan tulisi käyttää ruokavaliossaan pehmeitä rasvoja sekä runsaasti kuitua. (Käypä hoito -suositus 2015.)

Liikunta ja painonhallinta ovat olennainen osa ihmisen terveyttä ja hyvinvointia. Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvat ovat pääsääntöisesti riittämättömästi liikkuvia. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisemisessä liikuntaan motivoituminen olisi ensiarvoisen tärkeää. Liikunnalla on todettu olevan positiivisia vaikutuksia mielialaan, jaksamiseen sekä sosiaalisten suhteiden luomiseen. (Korkiakangas 2010.)

Terveyden ja toimintakyvyn säilymisen on todettu olevan tärkeä motivaatio painonpudotukselle. Painonpudotuksen alussa oma motivaatio, oma toiminta, vastuunotto sekä voimavarojen tunnistaminen koetaan edesauttavan painonpudotuksen päätöstä ja onnistumista. (Alahuhta 2010; Alahuhta, Ukkola, Korkeakangas, Jokelainen, Keränen, Kyngäs & Laitinen 2010.)

Oman käyttäytymisen tiedostaminen, tavoitteellisuus, ruokatottumusten muuttaminen, liikunnan lisääminen, tietoisuus elinikäisestä muutoksesta sekä vastuunotto omasta itsestä, koetaan tarpeelliseksi painon pudotuksen onnistumiseksi. Painonhallinnan onnistumiseksi säännöllinen ateriarhythmi sekä aamupalan syöminen ovat tärkeitä. Lähipiiriin tuki, usko omaan kykyihin ja toivo laihtumisesta auttavat painon pudottajaa tavoitteen saavuttamisessa. (Alahuhta ym. 2010.)

Painonhallintaan pyrkivää potilasta tulee ohjata motivoitumaan omaseurantaan, sekä ohjauksessa tulisi korostaa omaseurannan merkitystä. Muutosvaihemallinmukaisesti ohjaajan tulisi yhdessä potilaan kanssa asettaa tavoitteet ja tukea potilasta muutosvaihemallin mukaisesti. (Alahuhta 2010; Alahuhta ym. 2010.)

2.4 Hoitajan ohjaustaidot

Laadukas potilasohjaus sisältää hoitohenkilökunnan ammatillista vastuuta. Tämä edellyttää työn filosofista ja eettistä ajattelua, hyviä ohjaus valmiuksia sekä lainsäädännön tuntemista. Potilasohjausta antavan henkilön tulisi tunnistaa ja tiedostaa omat lähtökohdat ohjaukselle. Potilasohjausta antavan henkilön tulee tietää esimerkiksi, mitä ohjaus on, miten ja miksi ohjausta toteutetaan. Potilaslähtöisyys, vuorovaikutuksellisuus, aktiivinen sekä tavoitteellinen toiminta ovat edellytyksiä laadukkaalle potilasohjaukselle. (Lipponen ym. 2008.)

Potilasohjaukseen vaikuttavat potilaan fyysiset taustatekijät. Potilaan fyysisinä taustatekijöinä pidetään kykyä ottaa ohjausta vastaan, ohjauksen välttelemistä, unohtelua sekä ohjauksen kieltämistä. Hoitajien koulutuksella, iällä sekä sukupuolella on vaikutusta hoitajien toimintaan, asennoitumiseen sekä ohjauksessa annettaviin tietoihin ja taitoihin. Potilaan motivaatio eli haluaako potilas omaksua hoitoon liittyviä asioita sekä kokeeko potilas tärkeäksi ohjauksessa saadun tiedon, vaikuttaa psyykkisiin taustatekijöihin. Hoitajan motivaatio vaikuttaa myös ohjauksen onnistumiseen. Potilaiden elämäntilanne jää usein liian pienelle huomioille ohjauksessa ja ongelmista keskustelulle jää liian vähän aikaa. (Lipponen ym. 2008.)

Ohjausta toteuttavalla ammattihenkilöllä tulisi olla riittävä tietotaito ohjauksen toteuttamiseen. Ammattitaidon ylläpitäminen edellyttää ohjaajalta säännöllistä kouluttautumista ja tietojen päivittämistä. Ohjauksen alussa hoitajan tulee kartoittaa millaista tietoa potilas tarvitsee ja miten potilas ottaa tietoa vastaan parhaiten. Ohjausta suunnitellessa tulee huomioida aina potilaan ohjaustarpeet. Ohjaajan on halittava erilaiset oppimistyyli. Ohjausta tulee toteuttaa potilaan omaa oppimistyyliä apuna käyttäen. (Juselius 2013; Kaakinen 2014.)

Potilasta tulee kohdella oman itsensä aktiivisena ja vastuullisena asiantuntijana. Potilaan tietoperustaa, arvoja ja kokemuksia on kunnioitettava. Potilaan omia voimavaroja tulee vahvistaa siten, että potilas itse pystyy ottamaan vastuun enenevässä määrin sairauden hoidosta. Potilaiden tulisi pystyä hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin sekä saavuttamaan ne tulokset mihin hoidolla pyritään. (Lipponen ym. 2006; Lipponen ym. 2008.)

Fyysisellä ympäristöllä on suuri merkitys ohjaustilanteessa. Tilan tulisi olla rauhallinen ja tilassa tulisi pystyä keskustelemaan ohjaajan kanssa kahden kesken. Fyysisen ympäristön tulisi olla rauhallinen ja kiireetön. Valoisa ja hyvin äänieristetty tila edistää hyvän vuorovaikutussuhteen luomista. Hoitajan ja potilaan tulisi istua fyysisesti samalla tasolla. (Lipponen ym. 2006.)

Ohjaajan rooli on antaa tiedollista tukea potilaalle. Potilaalle tulisi selvittää potilaan tilanne, sekä olla tukena potilaan päätöksenteossa. Potilas tarvitsee ohjaajalta luotettavaa ja asianmukaista tietoa. Ohjaajan tulee käsitellä asioita rauhallisella suhtautumistavalla. Potilaat tarvitsevat kahdenkeskisiä tilanteita, joissa olisi mahdollista esittää kysymyksiä ja saada henkilökohtaisia hoito-ohjeita. Hoitajakson alussa tulisi selvittää potilaan tiedon tarve sekä potilaalle sopiva tiedonvälitystapa. (Lipponen ym. 2006.)

Kädentaitojen opettaminen eli demonstraatio on tärkeä osa potilasohjausta. Demonstraatio tukee potilasta omahoidossa. Demonstraatiota tulisi käyttää, kun kysymyksessä on motorististen asioiden opettelu tai käytännön taitojen harjoittelu. Aikaisemmissa tutkimuksissa ilmenee, että hoitajat kokivat hallitsevansa huonosti demonstraatio-ohjausmenetelmät. Tutkimusten mukaan myös potilaat sekä omaiset kokevat demonstraation käytön vähäiseksi ohjaustilanteissa. (Lipponen ym. 2006.)

Potilaan yksilölliset tarpeet ohjauksessa jäävät usein ammattilaisen näkökulman varjoon. Potilasohjauksen tulisi olla aina suunnitelmallista. Ohjauksessa potilaan kuuntelu on tärkeää ja jokaisen potilaan täytyisi saada sanotuksi oma sanansa. Potilasohjauksessa hoitajat antavat usein paljon tietoa, mutta ohjauksesta saattaa puuttua yhteys arkielämään. Ohjauksen ymmärtämistä sekä omahoitoon sitoutumista tulisi arvioida systemaattisesti. Ohjauksesta kirjatessa tulee kiinnittää huomioita riittävän kattavaan kirjaukseen, koska aikaisempien tutkimusten mukaan kirjaus ohjauksesta on usein niukkaa. (Kaakinen 2014.)

Hoitohenkilökunnan asenteet ohjaukseen ovat myönteistä. Hoitajat kokevat olevansa motivoituneita ohjaukseen. Hoitajat kokevat osaavansa potilasohjauksessa parhaiten jatkohoitoon ohjaamisen sekä ohjauksen omahoitoon.

Tehdyissä tutkimuksissa ilmenee, että potilaiden hyvinvoinnin edistämiseen tulisi ohjauksessa panostaa ajallisesti enemmän. Vertaistuki on tärkeää tuki sairastuneille ja siihen ohjaamiseen hoitajien tulisi panostaa enemmän. Hoitajan riittävä rohkeus ja taito ovat edellytyksiä potilasohjaukselle. Potilaat hyötyvät saamastaan ohjauksesta. Ohjaustilanteeseen tulee olla varattuna riittävästi aikaa. (Lipponen 2014; Mattila 2011.)

Ohjaajat käyttävät erilaisia tunnistamismenetelmiä rakentaessaan kokonaiskuvaa potilaan tilasta. Potilaan kokonaisvaltaiseen huomiointiin vaikuttavat potilaan lisäksi hänen elämäntilanteensa sekä perhe. Aikaisemmat potilaskertomukset toimivat tietolähteenä tämänhetkisen tilanteen kartoituksessa. Keskustelun ja havainnoinnin avulla hoitaja luo kuvaa kokonaistilanteesta. Keskustelu, kysymykset ja potilaskertomukset antavat kuvan potilaan yksilöllisestä elämäntilanteesta. Keskustelun avulla päästään usein kiinni potilaan mielialasta, peloista ja mahdollisista huolista. Keskustelussa olisi suotavaa ottaa puheeksi koko perheen yleinen jaksaminen ja hyvinvointi. Sanallinen ja sanaton viestintä kertovat usein paljon näistä asioista. (Antero-Jalava 2014; Mattila 2011.)

Oikeanlaisten ohjausmenetelmien valinta vaatii hoitajalta riittävää tietoa erilaisista menetelmistä. Alussa hoitajan tulisi kartoittaa jokaisen potilaan kohdalla, potilaalle sopivin tapa oppia asioita. Potilaat muistavat 70 % näkemästään ja 10 % kuulemastaan asiasta. Jos potilaiden kanssa käydään läpi näkö ja kuuloaistiin pohjautuvaa materiaalia, potilaat muistavat 90 % ohjauksesta. Usean eri ohjausmenetelmän käyttö samanaikaisesti ohjaustilanteessa on suotavaa, koska se vahvistaa ohjauksen vaikutusta. Ohjausmateriaalin tulee aina tukea ohjauksessa käsiteltäviä asioita. Ohjauksessa tulisi käyttää potilaalle helpointa oppimistapaa, jotta asioiden omaksuminen ja ymmärtäminen helpottuisi. (Kyngäs ym. 2007.)

Ohjauksessa ohjaajan tulisi valmiiden ohjeiden sijaan, panostaa kehittämään ongelmanratkaisutaitoja, esimerkiksi muutoksen esteiden ratkaisemiseksi (Alahuhta ym. 2010). Ohjauksen tulee rakentua aina potilaan ohjaustarpeelle. Hoitajan rooli ohjauksessa on jakaa ohjaustilanteessaan asiantuntijuuttaan potilaalle sekä hänen omaisilleen. Hoitajan rooli on ottaa esille käsiteltäviä asioita esimerkiksi silloin, kun potilas on vasta sairastunut, eikä potilaalla ole vielä selkeää käsitystä omasta sairaudestaan. Hoitajan tulee aina arvioida potilaan tiedonsaantia, mitä olisi hyvä tietää ja millaisia valmiuksia potilas tarvitsee pärjätäkseen sairautensa kanssa. Avomien kysymysten avulla pystytään selvittämään potilaiden omia näkemyksiä ja kokemuksia sairaudesta. (Kyngäs & Hentinen 2008.)

Kääriäisen (2007) mukaan ohjausajan riittävyys ja valmiudet käyttää tarvittavaa välineistöä osoittautuivat ongelmallisiksi potilasohjauksessa. Potilaiden ikä, koulutus, hoitoyksikkö ja käynnin luonne vaikuttavat ohjausajan riittävyyteen. Nuoret ja työikäiset pitävät ohjausaikaa riittävämpänä kuin iäkkäät potilaat. Potilasohjauksen laadukkuuteen vaikuttavat hyvä ohjausmenetelmien hallinta, potilaslähtöinen ohjaustoiminta, osasto hoitoyksikönä ja potilaiden naissukupuoli.

Asianmukaiset resurssit ovat edellytys hyvän potilasohjauksen toteutumiselle. Hoitotyön johto sekä hoitohenkilökunta vastaavat ohjauksen arvostuksesta. Resurssilla ohjauksessa tarkoitetaan ajan käyttöä, ohjausmateriaalia ja ohjausvälineitä. Ohjauksen onnistumiselle esteenä ovat usein kiire, tietämättömyys, toimintaympäristön paineet sekä hoitohenkilöstön riittämättömän mitoitus. Asianmukaisten tilojen puute sekä tarvittavien välineiden puuttuminen voivat olla esteenä ohjaukselle. Riittävä hoitohenkilöstön koulusta, perehdytys uusille työntekijöille, ohjausmenetelmienhallinta sekä vuorovaikutustaitojen osaaminen ovat seikkoja, jotka vaikuttavat ohjauksen onnistumiseen. (Lipponen ym. 2008.)

Riittävällä ohjauksella taataan hyvä ja onnistunut ohjaus. Potilaiden terveyden edistämisen ja ylläpitämisen turvaamiseksi, potilaiden tulee saada riittävästi ohjausta. Riittävän ohjauksen saaminen auttaa potilaita harkitsemaan riittävästi eri hoitovaihtoehtoja valintaa sekä selvittämään omaa tilaansa. Riittävä ohjaus vaikuttaa potilaan tyytyväisyyteen sekä mielialaan. Riittävän ohjauksen saaminen on tärkeää, koska vastuu hoidon jatkumisesta jää usein potilaan tai hänen omaisen vastuulle. Potilaat kokevat tärkeäksi vertaistuen saamisen, kokemusten jakamisen sekä hyväksytyksi tulemisen. (Lipponen ym. 2008.)

Riittävä sekä potilaslähtöinen ohjaus mahdollistaa ohjauksen positiiviset vaikutukset. Potilaan tulisi saada riittävästi tukea sairauden tuomiin haasteisiin. Onnistuneella ohjauksella on vaikutuksia potilaan terveyteen, potilaan terveyttä edistävään toimintaan sekä kansantaloudellisiin säästöihin. (Rantala 2014; Lipponen ym. 2008.)

Ohjauksessa tulisi panostaa tiedon antoon sairauden hoidosta. Säännöllisin väliajoin toteutettava ohjaus ylläpitää myönteisiä hoitotuloksia. Säännöllisesti toteutettu ohjaus lisää potilaiden tietämystä, vahvistaa hoitomyönteistä käyttäytymistä, sekä auttaa potilaita tunnistamaan mahdollisia haasteita hoidon toteuttamisessa. (Best Practice 2011.)

2.4.1 Vuorovaikutuksen merkitys ohjauksessa

Vuorovaikutus ohjauksessa on aina kaksisuuntaista. Taustatekijöiden huomiointi ja tasa-arvoisuus, ovat keinoja hyvän hoitosuhteen luomiselle. Luottamuksellinen hoitosuhde syntyy, kun potilasta kuunnellaan, häneltä kysytään, potilasta rohkaistaan kertomaan omista taustatekijöistä sekä potilaalle annetaan palautetta hänen toiminnastaan. Molemmiin puoleen kunnioitus hoitajan ja potilaan puolelta edesauttaa hyvän ja toimivan ohjaussuhteen syntymiseen. Ohjaussisältö ja hoidon tavoitteet tulisi laatia potilaan kanssa yhdessä. (Lipponen ym. 2008.)

Aktiivinen vuorovaikutus edellyttää kaksisuuntaista vuorovaikutusta hoitajan ja potilaan suunnalta. Potilaan vastuunotto omasta toiminnasta on aktiivista toimintaa. Potilaita rohkaistaan vastuullisuuteen, koska jokaisella potilaalla on erilaiset kyvyt ottaa omasta toiminnasta vastuu. Vastuullista toimintaa haittaavat potilaan tunne riippuvuudesta ohjaajaa kohtaan. Potilaan

vastuullista toimintaa häiritsee potilaan tunne siitä, ettei potilas pysty toiminnallaan vaikuttamaan omaan terveyteensä. Potilaan aikaisemmat kokemukset, tarpeet sekä uskomukset voivat estää potilaan aktiivisuutta. Hoitajan tulee ottaa tällöin vastuu ohjauksesta ja potilaan kanssa on käytävä läpi perusasiat, jotka hoitajan mielestä on välttämättömiä, jotta potilas pystyy itse vastaamaan hoidostaan. Ammatillinen vastuu ohjauksesta on hoitajalla. (Lipponen ym. 2008.)

Aktiivinen vuorovaikutus ohjauksessa edistää potilaan ja hoitajan keinoja rakentaa ja suunnitella yhdessä tavoitteellinen ohjausprosessi. Ohjausprosessissa on lähdettävä selvittämään, mitä potilas jo tietää, mitä hänen täytyy tietää ja mitä hän haluaa tietää sekä mikä on potilaalle oppimisen kannalta paras ohjausmenetelmä. Potilaan tyytyväisyyttä sekä hoitoon sitoutumista edistää yhdessä potilaan kanssa pohditut hoidon tavoitteet. Ohjausprosessin aikana tavoitteita tulisi arvioida säännöllisesti, sekä ohjausprosessin erivaiheista tulisi kirjata huolellisesti. (Lipponen ym. 2008.)

Onnistunut vuorovaikutussuhde vaatii hoitaja-potilas-suhteelta, kunnioitusta, vilpitöntä kiinnostusta, asiallisuutta, taitoa ilmaista ajatuksia selkeästi sekä tehdä kysymyksiä. Havainnointikyky, läsnäolo ja kuuntelemisen taito ovat edellytyksiä onnistuneelle vuorovaikutussuhteelle. Luottamus, empatia ja välittäminen ovat osa hoitosuhteen luomista. Hyvä ja luottamuksellinen ilmapiiri hoitosuhteeseen luodaan avoimuudella. Potilaan omien toiveiden huomiointi on myös tärkeää. Hoitosuhde ja ohjaustilanne vaativat vastavuoroisuutta potilaalta ja hoitajalta. Luottamus hoitosuhteessa edellyttää rehellisyyttä, johdonmukaisuutta ja hoitajan luotettavuutta. (Lipponen ym. 2006; Mattila 2011.)

Vuorovaikutussuhde vaatii hoitajalta ja potilaalta sujuvaa viestintää. Hoitajan ja potilaan on ymmärrettävä keskustelu samalla tavalla, puhuttava samaa kieltä, sekä saavutettava yhteinen ymmärrys käymästään keskustelusta. Sanallinen viestintä on vain osa viestintää. Sanaton viestintä on eleitä, ilmeitä, tekoja ja kehon kieltä, ja joskus sanaton viestintä korvaa sanallista viestintää. (Lipponen ym. 2006.)

Hoitajan persoonalla on vaikutusta vuorovaikutussuhteen syntymiseen. Hoitaja voi omalla toiminnallaan edistää tai heikentää vuorovaikutuksen onnistumista. Hoitajan tulisi toimia asiallisesti ja ystävällisesti aina ohjaustilanteessa. (Lipponen ym. 2006.)

Viestinnässä hoitajan tulisi käyttää selkeää ja ymmärrettävää kieltä, ottamaa katsekontakti potilaaseen sekä ilmeiden ja eleiden tulisi olla harkittuja. Ohjaustilassa tulisi olla tarpeenmukaiset välineet ja materiaalit. Hoitajan ja potilaan välinen etäisyys tulisi olla noin puoli metriä. Ilmapiirin ohjaustilanteessa tulisi olla ystävällinen. (Lipponen ym. 2006.)

2.4.2 Muutosvaihemalli ohjauksessa

Elämänmuutos ja toimintatapojen muuttaminen tarvitsee aina halukkaan, valmiin ja muutokseen kykenevän ihmisen. Muutosvaihemallilla voidaan

arvioida ja kuvata muutoksen valmiutta ihmisessä. Muutosvaihemalli etenee toisistaan erotettavissa olevien vaiheiden kautta. Potilaan kanssa keskustelemalla voidaan tunnistaa muutoksen tarve. Eri muutosvaiheissa olevat ihmiset hyötyvät erilaisesta ohjauksesta, ja siksi ohjaajan tulisi tunnistaa ohjattavan muutosvaiheet. Muutosvaihemalli tukee ohjauksen toteutumista. (Marttila 2010.)

Muutosvaihemalli jaotellaan suomalaisessa kirjallisuudessa hieman eri tavalla ja nimillä lähteistä riippuen. Muutosvaihemalli jaotellaan usein viiteen tai kuuteen eri vaiheeseen. Vaiheet ovat esiharkintavaihe, harkintavaihe, suunnittelu- tai valmistumisvaihe, toimintavaihe, ylläpitovaihe ja retkahdusvaihe. (Ahonen ym. 2013.)

Esiharkintavaiheessa potilas ei tunnista muutosvaihetta tai ei myönnä sitä. Kun potilas itse myöntää tarpeensa muutokselle, kutsutaan sitä harkintavaiheeksi. Usein potilas suunnittelee muutosta puolen vuoden aikana. Suunnitteluvaiheessa potilas saattaa kokeilla muutosta, ja muutos tapahtuu lähiviikkoina. Potilas on usein innostunut muutoksesta ja sitoutuu siihen. (Ahonen ym. 2013.)

Toimintavaiheella tarkoitetaan konkreettista tekemisen vaihetta. Tällöin potilas kokee positiivisia sekä negatiivisia tunteita, ja tarvitsee tukea muilta ihmisiltä. Kun elintapoihin liittyvää muutosta on käytetty puoli vuotta, kutsutaan sitä ylläpitovaiheeksi. Potilaat ymmärtävät usein että kyse on elämänmittaisesta muutoksesta. Retkahdusvaihe on muutosvaiheiden oleellinen osa. Repsahdus voi olla pysyvä tai väliaikainen. Retkahdus voi tapahtua missä tahansa muutoksen vaiheessa. Retkahdusvaihe ei ole epäonnistumista, vaan normaali osa muutosvaihetta. (Ahonen ym. 2013.)

Ohjaajan rooli esiharkintavaiheessa on kehottaa, neuvoa sekä havahduttaa potilasta. Ohjaaja auttaa näkemään potilaan oman tilanteessa realistisesti. Ohjaaja antaa aineistoa, kertoo faktat sekä eri hoitovaihtoehdot ja niiden seuraukset. Hän myös pyytää potilasta harkitsemaan riskejä omalla kohdallaan. Ohjaajan tavoitteena on saada potilasta harkitsemaan muutosta. (Elo-ranta ym. 2011.)

Harkintavaiheessa ohjaaja korostaa muutosta tukevia syitä, sekä vahvistaa potilaan itseluottamusta. Ohjaaja keskustelee eri vaihtoehtojen merkityksestä tulevaisuudessa, esimerkiksi ylipainon merkityksestä, tupakoinnista ja niiden vaikutuksesta terveydelle. Potilaan tunteiden ilmaisu on tärkeää ja ohjaaja voi rohkaista potilasta tunteidenilmaisussa. Potilaan omakohtaisen tilanteen tunnistamiseen ja tutkimiseen on kehitetty erilaisia testejä. (Elo-ranta & Virkki 2011.)

Suunnittelu- tai valmistautumisvaiheessa hoitaja tukee sitä mielikuvaa, minkälainen potilas haluaisi olla kahden vuoden kuluttua. Mielikuvan tulee olla konkreettinen. Ohjaajan tulisi keskustella keinoista ja valita potilaan kanssa yhdessä parhaat toiminatatavat. Ohjaajan tulee tukea potilasta asettamaan omat tavoitteet muutoksen edetessä. Muutoksesta tulevia hyötyjä

tulee korostaa potilaalle. Potilaiden tämänhetkistä tilannetta voidaan havainnoida käyttämällä erilaisia mittareita ja testejä. (Eloranta & Virkki 2011.)

Toimintavaiheessa ohjaaja tiedustelee potilaalta saavutetuista hyödyistä ja tiedustelee, miten potilas voisi ylläpitää saavutettua muutosta. Ohjaaja tuo esille vaihtoehtoisia tapoja toimia esimerkiksi arjessa tai matkojen aikana. Tässä vaiheessa ohjaaja kannustaa, on kiinnostunut ja tukee potilasta, seura tuloksia ja vertaa niitä tavoitteisiin. Tässä vaiheessa myös ryhmästä ja vertaisryhmästä voi olla apua. (Eloranta & Virkki 2011.)

Ylläpitovaiheessa tarkistetaan tavoitteet ja keinot sekä olosuhteet. Ohjaajan tulee yhdessä potilaan kanssa arvioida tavoitteiden saavuttamista, antaa palautetta, palkita ja vahvistaa käyttäytymistä uusilla ideoilla. Ohjaajan olisi hyvä myös ennakoida retkahdukset ja keskustella niistä potilaan kanssa. (Eloranta & Virkki 2011.)

Potilasohjaus tähtää asiakkaiden toimimiseen oman terveytensä hyväksi. Motivoiminen on olennaista, koska muutoksen tarve ei välttämättä kerro muutoshalukkuudesta. Muutosprosessissa henkilö tiedostaa ensin elintapansa, tämän jälkeen hän harkitsee muutoksen tarvetta. Harkitessaan hän harjoittelee ja kokeilee uusia toimintamalleja. Muutoksen eri vaiheissa potilaiden motivaatio vaihtelee. Potilaat ovat myös eri muutosvaiheissa. Jos potilailla ei ole omaa halua, ei heille kannata tarjota elintapaohjausta. Tällöin tavoitteena on kehittää heidän motivaatiotaan muutokseen. Potilaiden itse pohtiessa elintapojen merkitystä terveydelle on muutoksella ja elintapaohjauksella mahdollisuus onnistua. Ohjaajan tulisi kertoa asiakkaille myös riskeistä, koska tietoisuuden lisääntyminen on muutosprosessin käynnistymisen edellytys. (Eloranta & Virkki 2011.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä erään eteläsuomalaisen sairaalan kanssa. Kyseisessä sairaalassa oli käynnissä diabetespotilaille suunnattua ohjausta diabeteksesta projektiluontoisesti vuosina 2014–2015. Projektiin osallistuneet potilaat olivat osastohoidossa olleita diabetespotilaita, joilla oli diagnosoitu diabetes mellitus. Projektin tavoitteena oli tukea ja auttaa potilasohjauksen avulla potilaita selviytymään arkipäivän tilanteista sairautensa kanssa kotiutumisen jälkeen. Hoitokäytäntöjen selvittäminen, yhtenäistäminen ja riittävän tiedonsaannin varmistaminen olivat projektin tavoitteena.

Henkilökohtaisen neuvonnan tavoitteena oli ajattelu- ja toimintatapojen muutos, jossa potilaan jokapäiväinen hyvinvointi, hyvä hoitotasapaino ja lisäsairauksien ehkäisy, oli ensiarvoisen tärkeää. Päämääränä oli potilaan mahdollisimman laadukas elämä nyt ja tulevaisuudessa. Ohjauksen tavoitteena oli tukea potilasta omahoidon onnistumisessa, sekä motivoida potilasta omahoitoon.

Tarkoituksena opinnäytetyössä oli selvittää diabetespotilaiden subjektiiviset kokemukset saamastaan ohjauksesta. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa mahdollisesti uutta tietoa ohjauksesta, jonka avulla voitaisiin mahdollisesti parantaa potilaiden saamaa ohjausta vastaamaan diabetespotilaiden tarpeita, minkä perusteella eräs eteläsuomalainen sairaala voi mahdollisesti potilasohjaustaan kehittää. Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää tulevaisuudessa diabetespotilaita ohjatessa, jotta potilaat saisivat tarvitsemaansa hyvää ja laadukasta ohjausta diabetekseensa liittyen.

3.1 Opinnäytetyön tutkimuskysymykset

Tässä työssä aihe rajattiin diabetespotilaan ohjaukseen. Tutkimuksen avulla pyrittiin saamaan vastauksia diabetespotilaiden subjektiivisista kokemuksista koskien potilasohjausta. Opinnäytetyön keskeiset kysymykset olivat:

1. Millaista on diabetespotilaan hyvä ohjaus potilaiden kokemusten mukaan?
2. Miten potilasohjaus toteutui diabetespotilaiden kokemusten mukaan?

3.2 Diabeteshoitajien haastattelu

Ennen opinnäytetyön tutkimuksen aloittamista, opinnäytetyön tekijät kävivät keskustelemassa erään eteläsuomalaisen sairaalan osastolla kahden diabeteshoitajan kanssa. Syksyllä 2014 tämän eteläsuomalaisen sairaalan osastolla oli alkanut diabetespotilaille suunnattu ohjaus projektiluonteisesti. Projektia jatkettiin vuonna 2015 suuren tarpeen vuoksi. Keskustelun aikana käytiin keskustelua opinnäytetyön toteutuksesta ja aikataulusta, sekä diabeteshoitajat kertoivat projektista sekä työnkuvastaan.

Sairaalassa käynnissä olevasta projektin toteutuksesta vastasi kaksi diabetekseen erikoistunutta sairaanhoitajaa. Sairanhoitajat olivat osastoilla työskenteleviä hoitajia, jotka toteuttivat viikoittain diabetesohjausta diabetespotilaille. Diabetesohjaus toteutui kerran viikossa yhden päivän aikana. Päivän aikana vastaanotolla kävi noin viisi-kuusi potilasta. Potilasohjaukseen käytetty aika potilaskohtaisesti oli noin 30–45 minuuttia kerrallaan. Ohjaus tapahtui potilaan vuodepaikalla osastolla tai vastaanotto huoneessa, joka oli tarkoitettu diabetespotilaan ohjaukseen.

Diabetespotilaat saivat ohjausta diabeteshoitajalta yhdestä useaan kertaan hoitojaksonsa aikana, jokaisen yksilöllisen tarpeen mukaan. Kotiutuksen jälkeen diabetespotilailla oli mahdollisuus käydä vielä diabeteshoitajan vastaanotolla sairaalassa yhden kerran, saamassa ohjausta sairauteensa ja tukea kotona pärjäämiseen. Potilaiden omaiset olivat usein myös mukana ohjaustilanteessa.

Jatkohoito, diabeteksen osalta, järjestettiin jossain muualla perusterveydenhuollossa kotiutumisen jälkeen, ja usein kotisairaanhoito auttoi erityisesti vanhuksia diabeteksensä kanssa. Potilaille oli annettu myös mahdollisuus

puhelinohjaukseen kotiutumisen jälkeen. Tämä olikin hoitajien kertoman mukaan osoittautunut hyväksi ja nopeaksi tavaksi antaa potilaille tukea ja tietoa tilanteen nopeasti muuttuessa.

Diabeteshoitajat kertoivat, että ohjauksen aluksi kartoitetaan yhdessä potilaan kanssa tavoitteet hoidolle. Ohjausta toteutetaan aina potilaan ehdoilla. Diabeteshoitajat käyttivät erilaisia ohjausmenetelmiä ohjattaessaan potilaita vastaanotollaan. Ohjauksella pyrittiin aina yksilölliseen ja potilaslähtöiseen vuorovaikutukseen.

Tärkeäksi diabeteshoitajat kertoivat, rauhallisen ilmapiirin, jotta potilaan olisi helppo omaksua ohjausta. Ohjauksessa käytettiin ratkaisu- ja voimavarakeskeistä ohjausta, motivoivaa haastattelua, reflektointia, sekä rauhallista potilaan kuuntelua. Potilaille tehtiin vastaanotolla myös erilaisia testejä, kuten riskitestiä. Muita ohjauksessa käytettäviä välineitä olivat esitteet ja kirjaset, joita potilaat saivat lainata kotiinsa halutessaan.

Diabeteshoitajat kertoivat, että ohjaajan tarkoituksena oli motivoida potilasta hoitamaan itse itseään niin, että sairaudessa saavutetaan hyvä hoitotasapaino. Potilaan omat tarpeet nousivat ohjauksessa aina esille ja ohjausta annettiin sen mukaan. Ohjauksella pyrittiin kannustamaan ja kertomaan potilaalle omahoidon sekä -seurannan tärkeyttä osana sairauden hoitoa. Sairaalassa oli käytössä yksilöohjaus, ryhmäohjauksen loputtua jokunen aika sitten.

Uusien diabetespotilaiden kohdalla, tavoitteena oli saada sairaus hoitotasapainoon sekä antaa potilaalla tietoa sairaudesta sekä sen hoidosta. Ensitaapaisessa tärkeää oli luoda hyvä ensivaikutelma. Potilas tuli huomioida kokonaisvaltaisesti, huomioiden hänen ikänsä ja terveydentilansa.

Alussa ohjaus keskittyi päivittäiseen omahoitoon. Sairastumisen alkuvaiheessa pääpaino ohjauksessa oli verensokerin mittaamisenopettelussa, insuliinimäärien titraamisessa, pistotekniikan ja pistopaikkojen valinnassa. Alkuvaiheen ohjauksessa painotettiin myös korkean ja matalan verensokerin merkitystä ja mitä silloin tuli tehdä, hiilihydraattien laskemisesta, jalkojen hoidon tärkeyttä ja hyvien kenkien valintaa, sekä alkoholi ja tupakoinnin vaikutuksesta sairauteen. Ohjauksella pyrittiin siihen, että potilas pärjäsi kotona sairautensa kanssa mahdollisimman hyvin, seuraavaan ohjauskäyntiin saakka.

Myöhemmillä ohjauskäynneillä keskityttiin muun muassa painonhallintaan, lääkkeiden oikeanlaiseen säilytykseen, mahdollisiin sivuoireet ja niiden välttäminen sekä liikunnan ja ruokavalion merkitykseen. Hoitajat kiinnittivät huomiota myös diabetespotilaiden mielialaan, koska diabetespotilaat olivat usein masentuneita ja alakuloisia. Joskus potilas oli diagnoosin saatuaan valmis saamaan ohjausta vasta parin päivän päästä, jolloin alkusokki oli laantunut ja potilas oli vastaanottavainen saamaan tietoa sairaudestaan.

Diabeteshoitajien mukaan, muuttuvien elämäntilanteiden takia, diabetespotilaat tarvitsevat ohjausta jatkuvasti. Uusia ongelmia olisi hyvä kartoittaa

säännöllisin väliajoin potilaiden kanssa. Jokaiselle potilaalle tulee antaa tietoa potilaan kykyjen ja tarpeiden mukaan. Usein tietoa annetaan vähän kerrallaan, pienissä erissä, yksinkertaisessa muodossa.

Ohjauskäynneillä pohdittiin yhdessä potilaan kanssa sitä, mitä potilas olisi itse valmis tekemään oman terveytensä eteen eli käydään arvokeskustelua. Potilasta, hänen sairauttaan tai tilaansa, ei saanut missään vaiheessa vähätellä. Omahoitoon motivointi oli tärkeää. Motivoiva haastattelu oli hyvä keino löytää potilaan oma motivaatio, koska sairauden hoito lähti liikkeelle aina potilaasta itsestään. Hoitajien kertoman mukaan aikaa ohjaukseen ei aina ole riittävästi.

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tähän opinnäytetyöhön tiedon hankinnassa käytettiin hoitotieteellisiä tutkimuksia, alan kirjallisuutta sekä eri artikkeleita. Medic-tietokannasta haettiin 2014/2015 tietoa erilaisilla asiasanoilla. Tiedonhaku keskittyi ajallisesti vuosiin 2014–2015. Käytetty tieto rajattiin koskemaan korkeintaan 10 vuotta vanhaa tietoa. Tietoa haettiin hakusanoilla diabetes, potilas, ohjaus, potilasohjaus, omahoito ja näiden yhdistelmiä. Englanninkielisiä hakusanoja olivat nursing, diabetes, patient. Hakutuloksista hyväksyttiin mukaan ne tulokset, jotka parhaiten käsittelivät potilaan ohjausta, sen sisältöä sekä hoitajan ohjaustaitoja.

Tässä opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Tulokset analysoitiin deduktiivisen sisällön analyysin mukaisesti. Deduktiivinen sisällön analyysi on kvalitatiivisen aineistokeruun tyypillinen perusanalyysimenetelmä. Deduktiivinen aineistoanalyysi tarkoittaa kirjallisen tai suullisen tuotoksen analysointia. (Tampereen teknillinen yliopisto 2015.)

Sisällön analyysia käytetään paljon hoitotieteellisissä tutkimuksissa. Sisällön analyysin avulla luodaan ilmiöitä tiivistetyssä muodossa, jonka avulla ilmiöitä voidaan käsitellä. Lopputuloksena on ilmiöitä kuvaavia kategorioita. Deduktiivisessa sisällön analyysissa käytetään usein valmista viitekehystä. Aluksi tutkimusaineisto pelkistetään, ryhmitellään ja abstrahoidaan. Pelkistäminen tarkoittaa tutkimustehtäviin liittyvien ilmaisujen nostamista esiin. Ryhmittely pitää sisällään pelkistettyjen ilmaisujen yhdistämistä. Abstrahoinnilla muodostetaan kuvaus tutkimuskohteista. (Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Kvalitatiivinen tutkimus tarkoittaa laadullista tutkimusta. Kvalitatiivista tutkimusta käytetään muun muassa sosiologiassa, psykologiassa ja kasvatustieteessä. Laadullisen tutkimuksen tulee olla kokonaisvaltaista tutkimusta, jossa tiedon hankinta ja aineisto kootaan luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa. Siinä myös suositaan näkökulmia, joissa tutkittavien näkökulmat pääsevät esille. (Hirvimäki, Remes & Sajavaara 2007.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa korostuu ihmisen omat kokemukset ja käsitukset. Kvalitatiivisen tutkimuksen piirteitä ovat muun muassa subjektiiv-

suus, relativistisuus, strukturoimattomuus, kokonaisvaltaisuus, otosten tarkoituksenmukaisuus, ihmisen toimiminen tiedonkeruun välineenä ja tulosten ainutlaatuisuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

Tutkimuksen aineisto kerättiin kvalitatiivisella kyselylomakkeella (Liite2), joka sisälsi avoimia ja kuvailevia kysymyksiä. Kyselylomakkeessa oli 14 kysymystä. Kyselylomakkeeseen päädyttiin, koska potilaan subjektiivisia kokemuksia oli mielekästä kysyä lomakekyselynä. Ajatuksena oli, että tutkimukseen osallistuvat antaisivat rehellisiä ja todenmukaisia vastauksia kyselylomakkeen avulla.

Ennen kyselyn virallista aloittamista kyselylomake esiteltiin. Esitestauksen tarkoituksena oli lisätä tutkimuksen luotettavuutta ja saada tietoa lomakkeen sopivuudesta kyselyn suorittamiseen. Esitestauksesta saadut vastaukset, otettiin mukaan opinnäytetyön tulosten analysointiin. Kyselytutkimus esiteltiin yhdellä potilaalla, joka oli hoidettavana kyseisen sairaalan vuodeosastolla.

Esitestauksessa huomattiin joidenkin kysymysten olevan liian teoreettisia ja liian vaikeasti ymmärrettäviä potilaiden kannalta. Esitestauksen jälkeen tehtiin johtopäätös kysymysasettelusta, ja päädyttiin muokkaamaan kysymyksiä helpommin ymmärrettävän muotoon. Tavoitteena oli saada mahdollisimman kattava tutkimusaineisto. Uudessa kysymysasettelussa pyydettiin potilailta enemmän kuvailemaan saamaansa ohjausta, sekä kahden kysymyksen osalta muutettiin kysymysasettelua helpommin ymmärrettäväksi.

Tutkimuksen alkaessa diabetespotilaat saivat tutkimuksen saatekirjeen (Liite1) sekä kyselykaavakkeen diabeteshoitajan vastaanotolla. Jokaiselle ohjausta saaneelle potilaalle annettiin tutkimuksen saatekirje sekä kyselylomake ohjauksen jälkeen. Tutkimukseen osallistuneet olivat satunnaisesti valikoituneet tutkimukseen. Diabetespotilaalle oli varattu vastaanottoajan jälkeen mahdollisuus vastata tutkimukseen. Kysymyksiä kaavakkeessa oli 14 kappaletta. Kyselytutkimuksen vastaukset jätettiin suljetussa kuoressa osastolla olevaan palautuslaatikkoon.

Tutkimuksen alkaessa aineiston keruu kesti 1,5 kuukautta ja ajoittui helmimaaliskuulle 2015. Kyseisenä aikana diabeteshoitajat antoivat vastaanotolla käyneille asiakkaille saatekirjeen, kyselykaavakkeen sekä vastauskuoren. Tänä aikana tutkimusvastauksia saatiin 7 kappaletta. Otannan aikana saatujen vastausten määrä ei kuitenkaan ollut riittävä, joten tutkimusta päätettiin jatkaa.

Toisella otantakerralla muutettiin hieman aineiston keruumenetelmää, jotta vastauksia saataisiin riittävästi toisella otannalla. Toinen otanta ajoittui toukokuulle 2015. Toisella otannalla, toinen opinnäytetyön tekijä, oli itse osastolla paikalla. Hän meni itse potilaiden luo ohjauksen jälkeen kertomaan toteutettavasta tutkimuksesta, sen tavoitteesta ja tarkoituksesta. Opinnäytetyöntekijä oli kahtena eri ohjauspäivä osastolla, noin 5 tuntia kerrallaan.

Osastolla paikanpäällä ollessaan, opinnäytetyöntekijä huomasi, että osa tutkittavista henkilöistä ei itse pystynyt kirjoittamaan tai lukemaan kysymyksiä. Tämä saattoi olla osasyys ensimmäisen otoksen heikkoon vastausmäärään. Osalle tutkittavista opinnäytetyöntekijä luki ääneen tutkimuksen kysymykset, sekä toimi tarvittaessa kirjurina. Toisella otannalla vastauksia saatiin 8 kappaletta. Saatujen vastausten määrään oltiin tyytyväisiä toisen otannan jälkeen. Toisen otannan jälkeen vastauksia oli yhteensä 15 kappaletta, ja aineiston analysointi voitiin aloittaa.

Tutkimuksen analysoinnissa käytettiin kaikki saadut vastaukset. Osassa palautetuista vastauslomakkeista puuttui vastaus joistain kohdista. Osassa palautetuista vastauslomakkeista vastaus oli suppea tai oli vastattu yhdellä tai kahdella sanalla.

Saatujen vastausten perusteella voidaan päätellä, että kysymysten ymmärrettävyys saattoi olla liian haastavaa osalle vastaajista. Osasta vastauksista huomasi, että tutkimukseen osallistunut eivät olleet ymmärtäneet, että tutkimuksella pyrittiin selvittämään vain tätä ohjausta, ei aikaisemmin saatua ohjausta. Tutkimustuloksista nousseet kehittämissuhteet eivät olleet analysoinnissa mukana, vaan ne on nostettu erikseen esille.

Tutkimusaineiston keruun jälkeen kyselykaavakkeiden vastaukset purettiin ja saadut vastaukset pelkistettiin. Aineistosta pyrittiin nostamaan esille ne asiat, jotka vastasivat opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Saman sisältöiset kategoriat yhdistettiin toisiinsa ja saman sisältöisille asioille luotiin yläkategoria. Aineistosta nousseet asiat jaoteltiin eri aiheiden perusteella kategorioihin. Alaluokille etsittiin yläluokat, jotka taas vastaavat tutkimuskysymyksiin. Opinnäytetyön valmistumiseen saakka tutkimusaineisto säilytettiin asianmukaisesti, jonka jälkeen aineisto hävitettiin.

Sisällön analyysillä pyritään analysoimaan aineistoa systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällön analyysin avulla tutkittavia ilmiöitä järjestetään, kuvaillaan ja kvantifioidaan. Sisällön analyysi on prosessi. Sisällön analyysin avulla luodaan kuvaus tiivistetyssä muodossa, tutkittavista ilmiöistä. Lopputuloksena on ilmiöitä kuvaavia kategorioita. Deduktiivisessa sisällön analyysissä käytetään valmista viitekehystä, jota käytetään hyödyksi aineiston analyysivaiheessa. (Kyngäs & Vanhanen 1999.)

5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Tutkimuksen tulokset raportoitiin kirjallisena tuotoksena HAMK:n kirjallisten ohjeiden mukaisesti. Raportti sisältää johdatuksen itse aiheeseen, tutkimuksen tarkoituksen sekä tehtävän, tutkimuksen viitekehyksen ja sen tulokset, pohdintaa sekä analyysia. Tulokset julkaistiin Theseuksessa ja siitä jäi HAMK:n kirjastoon kirjallinen teos. Kirjallinen kappale toimitettiin tutkimuksen tilaajalle.

Tuloksissa tarkasteltiin diabetespotilaiden subjektiivisia kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta. Tuloksissa diabetespotilaat kertoivat omia kokemuksiaan, koskien ohjausta. Diabetespotilaiden kokemukset havainnointiin sekä tekstin että taulukoiden avulla.

5.1 Taustatiedot vastaajista

Tutkimukseen osallistuneet henkilöt olivat olleet osastohoidossa tutkimuksen teon aikana eräässä eteläsuomalaisessa sairaalassa. Kaikki vastaajat olivat saaneet potilasohjausta koskien diabetesta sairaalajakson aikana. Osa potilaista sai diabetesohjausta sovitusti vielä kotiutumisen jälkeen. Tutkimukseen osallistuneet henkilöt valikoituivat sattumanvaraisesti.

Tutkimuskyselyyn vastasi yhteensä 15 henkilöä. Kaikki tutkimukseen osallistuneet olivat iältään yli 50 vuotiaita. Nuorin osallistuja oli iältään 59-vuotias ja vanhin osallistuja oli 93-vuotias. Vastaajista 8 oli miehiä ja 7 naisia. Vastaajista kymmenen sairasti tyypin 2 diabetesta ja neljä sairasti tyypin 1 diabetesta. Yksi vastaajista odotti diagnoosin varmistumista, mutta hänellä oli kuitenkin aloitettu jo diabeteslääkitys ja hän oli saanut potilasohjausta koskien diabetesta.

5.2 Kokemukset ohjauksen toteutumisesta

Opinnäytetyön tuloksilla pyrittiin saamaan vastauksia diabetespotilaille suunnatusta ohjauksesta (Kuvio1). Tutkimuksen tulokset kertoivat potilaiden kokemuksista ohjauksesta. Vastauksia saatiin ohjauksen toteutumiseen sekä hyvän ohjauksen toteutumiseen.

Tutkimustulosten mukaan, diabetespotilaat kokivat saaneensa ohjausta liikuntaan, ravitsemukseen ja lääkehoitoon liittyen. Potilaat kokivat tärkeäksi ohjauksen toteutumisen kannalta, henkisen tuen merkitys. Hyvän ohjauksen toteutumisen kannalta, potilaat kokivat tiedon merkityksen omaksumisen ja omahoidon kehittymisen tärkeäksi.

ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA	PÄÄKATEGORIA
Liikunnallista ohjausta	Ohjauksen toteutus	Diabetespotilaan ohjaus
Ravitsemuksellista ohjausta		
Lääkehoidollista ohjausta		
Ohjauksesta saatu henkinen tuki		
Tiedon merkityksen omaksuminen	Hyvän ohjauksen toteutuminen	
Omahoidon kehittyminen		

Kuvio 1. Diabetespotilaan ohjaus

Saatujen tulosten mukaan, diabetespotilaat kokivat saaneensa ohjausta liikuntaan liittyen (Kuvio 2). Potilaat kokivat saaneensa, yksilöllistä liikunnan tarpeen selvittämistä hoitajan kanssa, sekä ohjausta liikunnan lisäämisen merkityksestä sairauden hoidossa. Potilaiden kokemusten mukaan liikunnallinen ohjaus oli yksilöllistä. Tulosten mukaan potilaat kokivat tärkeäksi ohjauksen, joka koski mahdollisia erilaisia liikuntamuotoja, kuten tuoli- ja vesijumppaa.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
<ul style="list-style-type: none"> • liikunnan tarpeen selvitys • liikunnan lisäämisen merkitys • liikunnan ohjausta yksilöllisesti omien kykyjen mukaan • voimistelu ja jumppaohjausta • keskusteltu minulle sopivasta tavasta liikkua • veteraanikuntoutus mahdollisuus • vesijuoksu • tuolijumppa 	Liikunnallista ohjausta

Kuvio 2. Liikunnallista ohjausta

Tutkimuksessa ilmeni, että diabetespotilaat pitivät ravitsemuksellista ohjausta tärkeänä osana sairauden hoitoa (Kuvio 3). Potilaat kokivat tiedon eri ruokalajien imeytymisestä ja vaikutuksesta verensokeriin tärkeänä. Tulosten mukaan, potilaat kokivat tärkeäksi osaksi sairauden hoitoa ruokavalion. Elämän, sekä ravitsemuksen säännöllisyys, nousivat tutkimustuloksissa esille.

Vastaajat kokivat saaneensa ohjauksessa tietoa seuraavista asioista, kovien rasvojen välttämisestä, ruoka-annosten pienentämisestä, sokerin välttämisestä, sekä kasvien ja hedelmien lisäämisestä ruokavalioon. Potilaat kokivat saaneensa ohjusta säännöllisestä, tavallisesta ja monipuolisen ruokavalion noudattamisesta. Potilaat olivat saaneet kokemustensa mukaan ohjausta myös alkoholin ja tupakkatuotteiden vähentämisestä.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
<ul style="list-style-type: none"> • kovien rasvojen välttäminen • pienemmät ruoka-annokset • lisää kasviksia ja vihanneksia ruokavalioon • sokerin välttäminen • säännöllinen ateriarytmi • tavallinen ja monipuolinen ravinto • eri ruokalajien imeytyminen ja vaikutukset verensokeriin • ruokavaliolla tärkeä merkitys sairauden hoidossa • tupakoinnin ja alkoholin käytön vähentäminen • elämän ja ravitsemuksen säännöllisyyden tärkeys 	Ravitsemuksellista ohjausta

Kuvio 3. Ravitsemuksellista ohjausta

Saatujen tulosten mukaan, diabetespotilaat olivat saaneet ohjausta lääkehoidosta (Kuvio 4). Potilaat kokivat saaneensa ohjausta lääkkeiden vaikutuksista, lääkkeiden määristä sekä lääkkeiden ottoajoista. Potilaat kokivat saaneensa ohjausta insuliinin käyttöön, sekä ohjausta pistämistekniikkaan.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
<ul style="list-style-type: none"> • pistämisen ohjaus • insuliinin käyttö • lääkkeiden vaikutukset • insuliinikynän käyttö • lääkkeiden ottoaika, lääkkeiden määrät • laiteprosyryri 	Lääkehoidollista ohjausta

Kuvio 4. Lääkehoidollista ohjausta

Diabetespotilaat kokivat saaneensa ohjauksesta henkistä tukea (Kuvio 5). Henkisen tuen saaminen oli tulosten mukaan tärkeä osa ohjausta. Potilaiden kokivat että ohjaus oli yleisesti helpottanut potilaiden oloa. Potilaat olivat kokemustensa mukaan, saaneet ohjauksessa tukea epävarmoihin tilanteisiin. Sairaudesta puhuminen, sekä avoimuus nousivat tärkeäksi osaksi potilaiden kokemuksia. Potilaat pitivät tärkeänä, keskustelua perheestä ja perheen merkityksestä sairauden hoidossa.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
<ul style="list-style-type: none"> • yleisesti helpottanut oloa • epävarmoissa tilanteissa saa apua • puhuttu perheestä sekä koirasta • sairaudesta puhumisen tärkeys • avoimuus • tarviiko aina käydä pohjalla ennen kun ymmärtää ja arvostaa elämää • keskusteluapu 	Ohjauksesta saatu henkinen tuki

Kuvio 5. Ohjauksesta saatu henkinen tuki

5.3 Kokemukset hyvän ohjauksen toteutumisesta

Tutkimustulosten mukaan tärkeäksi osaksi hyvää ohjausta nousivat tiedon merkityksen omaksuminen (Kuvio 6). Potilaat kokivat omahoidon kehittyneen saadun ohjauksen avulla. Asioiden kertaus auttoi muistamaan tarpeellisia asioita ja potilaat kokivat ohjauksen tukeneen sairauden hoitoa. Potilaat kokivat että tärkeät asiat unohtuvat nopeasti ilman asioiden säännöllistä kertausta.

Potilaat kokivat saadun ohjauksen olevan hyvää ja ohjaus oli käytännön läheistä. Potilaat saivat ohjauksen avulla ymmärryksen, miksi sairautta pitäisi ja kannattaisi hoitaa. Potilaat olivat saaneen ohjauksessa lisätietoa lisäsairauksien synnystä sekä niiden ehkäisemisestä. Mitä enemmän sairaudesta tietää, sitä paremmin sairautta voi itse hoitaa.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
<ul style="list-style-type: none"> • asioiden kertaus auttaa muistamaan tarpeellisia asioita • sopii hyvin käytäntöön • ohjaus auttoi ymmärtämään, että pitäisi hoitaa itseä • auttoi ymmärtämään että pitäisi hoitaa • tiedon lisääntyminen lisäsairauksista • oman edun nimissä kiinnitettävä huomiota ravitsemukseen, tupakointiin, pistämiseen ja ryypiskelyyn • mitä enemmän tietää, sitä paremmin voi toteuttaa • ei aikaisemmin tietoa miten vakavasta sairaudesta on kyse • täytyy itse oivaltaa miten toimia • tieto tukee taudin hoitoa • asiat unohtuvat nopeasti ilman kertausta • turvaa hyvän alun ja tiedot • tietää missä mennään • on tukenut • tieto on tarpeellista ja hyödyllistä 	Tiedon merkityksen omaksuminen

Kuvio 6. Tiedon merkityksen omaksuminen

Tutkimustulosten mukaan potilaiden omahoito kehittyi saadun ohjauksen aikana (Kuvio 7). Potilaat kokivat että ohjaus motivoi heitä omahoitoon, ja ohjaus oli ollut avuksi. Potilaat kokivat että verensokerin säännöllisellä mittaamisella sekä taulukon käytöllä, oli merkitystä sairauden hoidossa. Potilaat kokivat myös että hoitamalla voidaan sairaus pitää kurissa. Potilaiden kokemusten mukaan, sairautta voidaan hallita, sekä pitää kurissa hyvällä hoidolla. Potilaat kokivat saaneensa ohjauksesta selkeän kuvan, kuinka jatkaa eteenpäin. Tiedon lisääntymisen myötä, potilaat kokivat tapahtuneen muutoksen omissa elintavoissa.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
<ul style="list-style-type: none"> • motivoi omahoitoa ja on ollut avuksi • verensokerin säännöllinen mittaaminen ja taulukon käyttö • hoitamalla voidaan pitää sairaus kurissa • sairautta voidaan hallita ja ehkäistä lisäsairauksien syntymä • meinaan laittaa itseni nyt kuriin ja hoitaa itseni • itsensä kuunteleminen tärkeää • ennen en tiennyt mitään • selkeä kuva tullut kuinka jatkaa eteenpäin • tiedon myötä tapahtunut muutos elintavoissa 	Omahoidon kehittyminen

Kuvio 7. Omahoidon kehittyminen

5.4 Kokemukset diabetespotilaan ohjauksen kehittämisestä

Tutkimustuloksista nousi esille joitain kehittämis ehdotuksia sekä lisäohjauksen tarvetta. Tutkimustuloksissa ilmeni tarve vertaistukiryhmille. Potilaat kokivat tärkeäksi sairauden tuomien erilaisten haasteiden kokemusten jakamisen muiden vertaisten kanssa. Potilaat toivoivat enemmän ohjausta diabetespotilaan oikeuksista, esimerkiksi oikeudesta säännölliseen jalkojenhoitoon.

Aineistosta nousi esille potilaiden tarve lisäohjaukselle. Potilaat kokivat tarvitsevänsä lisäohjausta ruokailun ja ravitsemuksen suhteen. Ruoan valmistuksessa potilaat kaipaivat tarvetta lisäohjaukselle, mikäli potilaalla oli muita sairauksia samanaikaisesti.

Tuloksista nousi esiin, että potilaat toivoivat samanlaista ohjausta myös jatkossa. Potilaat kokivat tärkeäksi säännöllisiä kontrollikäyntejädiabeteshoitajan vastaanotolla, mikäli toivottuja hoitotuloksia ei ohjauksen jälkeen syntyisi. Potilaat kokivat tarvetta ohjaukselle myös jatkossa, koska ohjauksesta saa aina jotain uutta tietoa. Potilaat toivoivat, ettei heidän saamaansa ohjausta vähennettäisi.

Ruoan valmistusohjeita, mitä voi syödä kun on marevankin.

5.5 Johtopäätökset

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että diabetespotilaat olivat pääosin tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Potilaat kokivat ohjauksen hyödylliseksi ja tarpeelliseksi. Eriäviä kokemuksia oli myös mukana. Diabetespotilaat olivat saaneet ohjausta sairauden hoitoon monialaisesti ja saadulla ohjauksella oli merkitystä sairauden hoitoon jatkossa. Potilaat kokivat ohjauksen toteutuneen monipuolisesti.

Potilaat saivat kokemustensa mukaan ohjauksesta paljon uutta tietoa ja tukea. Tutkimuksen perusteella voidaan sanoa, että tutkimukseen osallistuneet potilaat olivat saaneet hyvää ohjausta, joka oli toteutunut onnistuneesti. Potilaat toivoivat saavansa samanlaista ohjausta jatkossakin.

Potilaat olivat kokemustensa mukaan saaneet tietoa liikunnasta, ravitsemuksesta ja lääkehoidosta ja niiden merkityksestä diabeteksen hoidossa. Potilaat olivat kokemustensa mukaan saaneet henkistä tukea ohjauksen aikana. Potilaiden kokemusten mukaan ohjauksesta saadulla tiedolla oli ollut merkitystä sairauden hoidossa. Potilaiden mukaan kokemukset omahoidon kehityksestä sekä motivaatio olivat kasvaneet ohjauksen myötä. Tutkimustulosten perusteella voidaan sanoa että ohjauksesta oli ollut hyötyä diabetespotilaille. Opinnäytetyön tuloksia verrattaessa aikaisemmin tehtyihin tutkimuksiin voidaan todeta, että tulokset olivat hyvin samansuuntaisia kuin aikaisempien tehtyjen tutkimusten tulokset.

Potilaat kokivat liikuntaan, ravitsemukseen sekä lääkehoitoon liittyvän ohjauksen erityisen tärkeäksi osaksi diabeteksensa hoitoa. Potilaat kokivat saaneensa ohjauksesta henkistä tukea, mikä oli potilaiden kokemusten mukaan tärkeä osa sairauden hoidon kannalta. Kokemukset tiedon merkityksen kehittymisestä olivat potilaiden mukaan keskeinen osa hyvää ohjausta. Omahoidon kehittämisen potilaat kokivat tärkeäksi osaksi hyvää ohjausta.

Tutkimuksen tuloksissa potilaat nostivat esille yksilöllisen ohjauksen. Saatujen kokemusten mukaan, potilaat kokivat saaneensa yksilöllistä ohjausta diabeteshoitajilta. Partasen ym. (2003) ja Kaakisen (2013) tutkimuksissa esille nousee yksilöllisen potilasohjauksen tärkeys. Voidaan todeta aikaisempiin tuloksiin verrattessa, että yksilöllinen ohjaus on tärkeä osa potilasohjausta.

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan diabetespotilaat olivat saaneet ymmärrettävää ja selkeää ohjausta sairauden hoidosta. Lipposen ym. (2006) toteavat tutkimuksessaan, että potilasohjauksen tulee olla ymmärrettävää ja selkeää. Saadut tutkimustulokset potilasohjauksen ymmärrettävyydestä ja selkeydestä olivat samansuuntaisia verrattaessa aikaisemmin tehtyihin tutkimuksiin.

Tämän opinnäytetyön tuloksissa potilaat kokivat omahoitoon sitoutumisen kasvaneen sekä elämänhallinnan kasvaneen ohjauksen myötä. Voidaan todeta, että potilaat olivat hyötyneet saamastaan ohjauksesta. Kaakinen (2013) toteaa tutkimuksessaan, että ohjauksesta saadut hyödyt kohdistuvat

potilaan omahoitoon sekä elämänhallintaan. Tämän opinnäytetyön tuloksia verrattaessa Kaakisen tutkimukseen olivat tulokset samansuuntaisia.

Tämän opinnäytetyön tuloksissa selvisi, että vastanneet diabetespotilaat olivat kokeneet saaneensa riittävästi tietoa sekä potilaat olivat kokeneet saaneensa selkeät ohjeet, kuinka tästä jatkaa eteenpäin sairauden hoidon kannalta. Juselius (2013) toteaa tutkimuksessaan, että potilasohjauksesta potilaan tulisi saada riittävät tiedot ja taidot, joiden perusteella potilas pystyy arvioimaan ja hoitamaan itseään. Tämän opinnäytetyön tuloksia verrattaessa Juseliuksen tuoreeseen väitöskirjaan olivat tulokset samansuuntaisia.

Saatujen tulosten mukaan potilaat kokivat tärkeäksi asioiden kertaamisen säännöllisin väliajoin, koska asiat unohtuvat herkästi ilman säännöllistä kertaamista. Juseliuksen (2013) tutkimuksessa nousee esille ohjauksen jatkuvuuden tärkeys. Saatujen tulosten mukaan, sekä aikaisempien tutkimusten perusteella voidaan todeta, että säännöllinen potilasohjaus olisi suotavaa asioiden paremmin muistamisen ja omaksumisen kannalta.

Tässä opinnäytetyössä potilaat nostivat esille vertaistuen merkityksen tärkeyden. Potilaat kokivat tärkeäksi kokemusten jakamisen sekä vertaistuen saamisen. Juselius (2013) tutkimuksessa nousee esille vertaistuen merkitys tärkeänä osana sairauden hoitoa. Tämän perusteella voidaan todeta aikaisempiin tuloksiin perustuen, että vertaistuellla on suuri merkitys sairauksien hoidossa.

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan potilaat kokivat tiedon merkityksen omaksuman kasvaneen ja saatu ohjaus oli tukenut potilaita sairauden hoidossa. Kyngäs ym. (2008) toteavat tutkimuksessaan, että potilaiden tulisi ymmärtää saadun ohjauksen merkitys. Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta, että tutkimukseen osallistuneet potilaat olivat suurelta osin ymmärtäneet saadun ohjauksen ja ohjauksesta oli ollut hyötyä potilaille.

Tässä opinnäytetyössä, potilaat kokivat motivaation kasvaneen omahoitoon ohjauksen aikana. Kyngäs ym. (2008) toteavat tutkimuksessaan, että motivaatio on hoitoon sitoutumisen edellytys. Voidaan siis olettaa, että tutkimukseen osallistuneet potilaat olivat sitoutuneita sairauden hoitoon, koska olivat kokeneet motivaation kasvaneen saadun ohjauksen myötä.

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan, potilaat kokivat saaneensa selkeyttä sairautensa hoitoon. Potilaat kokivat saaneensa tietoa muun muassa lisäsairauksien synnystä, sekä niiden ehkäisemisestä. Kyngäs ym. (2007) toteavat tutkimuksessaan, asioiden selkeytyvän potilaalle ohjauksen myötä. Tutkimuksessa nousee esille myös potilasohjauksen ehkäisevän mahdollisten lisäsairauksien syntyä. Saatujen tulosten perusteella voidaan todeta, että potilaat ovat saaneet ohjauksesta selkeyttä sairautensa hoitoon. Voidaan todeta myös, että lisäsairauksien mahdolliseen syntyyn on pyritty vaikuttamaan antamalla tietoa lisäsairauksien synnystä ja niiden ehkäisemisestä.

Lipponen ym. (2006) ja Kaakinen (2014) ovat todenneet tutkimuksissaan, potilaiden saavan liian vähän ohjausta vertaistukiryhmistä ja sosiaalietuuksista. Tämä käy myös ilmi tässä opinnäytetyössä. Potilaat olivat kokeneet

tarvitsevansa enemmän tietoa diabeetikon etuuksista, kuten mahdollisuudesta jalkojenhoitoon.

Rantala (2014) toteaa tutkimuksessaan, että diabetespotilaiden omahoitoon tulee panostaa, koska päävastuu sairauden hoidosta on potilaalla itsellään. Säännöllinen verensokerin mittaaminen, syötyjen hiilihydraattien laskeminen, sekä pistettävät insuliinimäärät kuuluvat diabetespotilaiden omahoitoon. Tässä opinnäytetyössä diabetespotilaat kokivat saaneensa ohjausta koskien kyseisiä alueita. Voidaan siis todeta, että tutkimukseen osallistuneet olivat saaneet tukea ja ohjausta omahoitoon.

Tässä opinnäytetyössä potilaat kokivat olevansa pääosin tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Lipponen ym. (2006) toteavat tutkimuksessaan vuorovaikutuksen vaativan sujuvaa viestintää ja hoitajan ja potilaan tulee ymmärtää käyty keskustelu samalla tavalla. Saatujen tulosten perusteella voidaan olettaa, että ohjauksessa käytetty viestintä oli sujuvaa ja käyty keskustelu käytiin molemmin puolin ymmärrettävällä tavalla.

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan, potilaat olivat kokeneet saaneensa demonstraatio-ohjausta muun muassa insuliinin pistämiseen. Lipponen ym. (2006) toteavat tutkimuksessaan, että demonstraatio ja käytännön harjoittelu on tärkeä osa ohjausta. Tutkimuksessa ilmenee, että hoitajat kokivat hallitsevansa demonstraatio-osaamisen heikosti. Opinnäytetyömme tulosten perusteella voidaan olettaa, että ohjaajat hallitsivat demonstraatio-osaamisen hyvin, koska potilaat olivat saaneet käytännön harjoittelua ohjauksen aikana.

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan, potilaat olivat saaneet tukea sairauden hoitoon ja saatu ohjaus oli ollut käytännönläheistä. Kaakinen (2014) toteaa tutkimuksessaan, että potilasohjauksesta puuttuu usein yhteys arkielämään. Tämän opinnäytetyön tulokset, eivät ole samansuuntaisia kuin Kaakisen tekemässä tutkimuksessa.

Tämän opinnäytetyön tuloksista ilmenee, että potilaat toivovat lisäohjausta ja uutta ohjauskertaa, mikäli toivottuja tuloksia ei synny. Best Practice (2011) suositusten mukaan ohjausta tulisi antaa säännöllisin väliajoin, jotta myönteiset hoitotulokset pysyisivät yllä. Saatujen tulosten mukaan, sekä aikaisempien tulosten mukaan, voidaan todeta säännöllisin väliajoin toteutuvat ohjauksen tukevan toivottuja hoitotuloksia.

Tämän opinnäytetyön tuloksia verrattaessa aikaisempiin tutkimustuloksiin, ovat tulokset usein samansuuntaisia. Saatujen tutkimustulosten perusteella, kyseinen sairaala voisi mahdollisesti tukevaisuudessa panostaa samankaltaiseen diabetespotilaiden ohjaukseen ja mahdollisesti kehittää diabetespotilaiden ohjausta, järjestämällä vertaistukiryhmien kokoontumisia säännöllisin väliajoin. Saatujen tulosten perusteella potilaat toivoivat myös kontrollikäyntiä diabeteshoitajan vastaanotolla.

6 POHDINTA

Opinnäytetyön aihe oli ajankohtainen, koska diabetespotilaiden määrä kasvaa lähitulevaisuudessa jatkuvasti. Potilasohjaus on hoitotyön keskeinen auttamiskeino ja siksi hoitajien tulisi osata antaa mahdollisimman hyvää ja laadukasta ohjausta potilaille. Potilasohjaus on moninainen kokonaisuus, johon vaikuttavat monet eri tekijät. Tulevaisuudessa hoitotyössä kohdataan yhä enemmän diabetespotilaita ja siksi hoitajien tulisi hallita diabetespotilaiden ohjaus hyvin. Sairaanhoitajan ammattitaito on soveltaa tietoperustaa vastaamaan potilaiden tarvetta. Opinnäytetyön aikana olemme perehtyneet syvällisesti potilasohjaukseen ja diabetespotilaan hoitotyöhön.

Viitekehyksen kokoamiseen ajankohtaista materiaalia löytyi paljon eri tietolähteistä. Potilasohjausta on tutkittu viime vuosina paljon, koska se on tärkeä osa hoitotyötä. Ajankohtaisia tutkimuksia sekä tietoa aiheesta löytyi paljon.

Tutkimuksen tekemiseen sekä tutkimustuloksiin oltiin tyytyväisiä opinnäytetyöntekijöiden puolelta. Opinnäytetyön edetessä vastaan tuli muutamia haasteita. Yksi haaste opinnäytetyön aikana oli kyselylomakkeiden vaikea ymmärrettävyys, mikä ilmeni kyselytutkimuksen aikana ja saatujen vastausten vähäisyytenä.

Tutkimus olisi mahdollisesti kannattanut tehdä ennemmin haastattelun avulla, koska tutkimusta tehtäessä huomattiin, että osa vastaajista ei pystynyt lukemaan tai kirjoittamaan itse lainkaan. Osa vastaajista oli myös ymmärtänyt kysyttävät kysymykset koskemaan ohjausta laajemmin, vaikka tarkoituksena oli vastata vain sen hetkistä saamaansa ohjausta.

Tutkimusta tehdessä oma oppiminen potilasohjauksesta kasvoi paljon. Opinnäytetyön tekeminen auttoi ymmärtämään paremmin potilasohjauksen toteutumista, sekä merkitystä. Potilasohjauksen onnistumiseen vaikuttavat hyvin monet eri tekijät. Erityisesti hoitajan tulisi osata tunnistaa tekijät, mitkä vaikuttavat ohjauksen onnistumiseen.

Yhteistyö yhteistyökumppanien kanssa sujui melko hyvin koko opinnäytetyö teon ajan. Haasteita toivat ensimmäisen otannan pieni vastausmäärä, mutta toisella otannalla vastauksia saatiin riittävästi. Haasteena oli myös opinnäytetyön tekijöiden asuminen eri paikkakunnilla, työharjoittelussa olo eri aikoina sekä näistä syistä johtuen yhteisen ajan löytäminen työn teolle. Haasteista kuitenkin selvittiin ja opinnäytetyö toteutettiin hyvin loppuun. Työnjako opinnäytetyötä tehdessä oli tasavertaista ja työn toteutus sujui hyvin. Opinnäytetyö eteni sekä valmistu aikataulunmukaisesti.

Tutkimustulosten perusteella voi sanoa, että lähes kaikki tutkimukseen osallistuneet olivat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Ohjaus oli ollut yksilöllistä ja lähes jokainen tutkimukseen osallistunut oli saanut apua ohjauksesta diabeteksen hoitoon. Osallistuneiden omahoidon motivaatio kehittyi ja saadulla tiedolla oli merkitystä.

Opinnäytetyön kokonaisuuteen tekijät ovat tyytyväisiä. Vastauksia tutkimuskysymyksiin saatiin riittävästi ja monipuolisesti. Tutkimukseen osallistuneita potilailta saatiin riittävästi vastauksia. Opinnäytetyön tulokset olivat selkeästi samansuuntaisia kuin aikaisemmin tehdyt tutkimukset.

6.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusta tehdessä asetelman tulee olla sopiva ja raportointi selkeästi tehty. Eettisyys nivoutuu tutkimuksessa luotettavuuteen ja arviointikriteereihin. Tutkimusta tehdessä kuuluu selvittää, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan. (Tuomi & Sarajärvi 2012.)

Eri tutkimuksia käytettäessä lähteenä, tulee tutkijan selvittää, että tutkimus on toteutettu eettisesti. Muille tutkimuksille tulee antaa niille kuuluva arvo viittaamalla asianmukaisesti muiden töihin. Muiden tutkimuksia käytettäessä lähteinä työssä julkaistaan tutkimuksen tekijöiden nimet sekä valmistusvuosi. Eettisyyteen pyritään käyttämällä totuudenmukaista tietoa aiheesta tieteellisesti hyväksyttävien menetelmin. Tutkimustulosten julkaisuvaiheessa työskentelyn tulee olla avointa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014.)

Tutkimuksen aikana tiedotetaan tutkittavia henkilöitä mahdollisimman totuudenmukaisesti, kuvattiin henkilöiden oikeudet sekä velvollisuudet asianmukaisesti. Tutkimukseen osallistuvilla henkilöillä oli oikeus kieltäytyä tai keskeyttää tutkimus niin halutessaan. Tutkimuksessa pyrittiin tuomaan vastaukset esille mahdollisimman kuvaavina ja vastaamaan kysymykseen millainen. Tutkimuksessa tulee pyrkiä selkeään sekä totuudenmukaiseen raportointitapaan. Tutkimuksen raportointi toteutettiin niin, ettei yksittäistä henkilöä pystytty tunnistamaan siitä. Tutkimusta tehdessä vältettiin piittaamattomuutta sekä vilppiä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa kiinnitetään huomiota tutkimuksen kohteeseen ja sen tarkoitukseen, omaan sitoutumiseen tutkimusta tehdessä, aineiston keruuseen, tutkimuksen tiedonantajiin ja siihen, miten heidät on valittu. Luotettavuutta takaa tutkimuksen tekijöiden, sen delegoijien ja tiedonantajien eli potilaiden suhde, tutkimuksen kesto, aineiston analyysi sekä tutkimuksen raportointi. (Tuomi ym. 2012.)

Puolueettomuus on myös osa tutkimuksen luotettavuutta. Puolueettomuus tarkoittaa kysymysten ymmärrettävyyttä, kuuleeko tutkija tutkittavaa itseään tai suodattaako tutkija kerrottua oman näkemyksen läpi. Tämä tarkoittaa sitä, vaikuttaako tutkijan ikä, sukupuoli, uskonto, poliittinen asenne, kansalaisuus tai virka-asema siihen, miten hän tulkitsee tuloksia. (Tuomi ym. 2012.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen kriteereinä pidetään uskottavuutta, siirrettävyyttä, riippuvuutta ja vahvistettavuutta. Uskottavuudella tarkoitetaan tulosten kuvausta selkeästi, jotta lukija ymmärtää analyysin teon vaiheet ja tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Siirrettävyydellä tarkoitetaan huolellista tutkimustekstin kuvausta, osallistujien valinnan ja taustojen selvittä-

mistä sekä aineiston keruun ja analyysin kuvausta. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta kuvaa raportoinnissa usein käytetyt suorat lainaukset tutkimusaineistosta. Tutkittavien henkilöllisyys on pysyttävä salassa, eikä esimerkiksi murteet saa tulla lainauksissa ilmi. Alkuperäislainaukset muutetaan usein yleiskieleen tästä syystä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

6.2 Eettisyys ja luotettavuus tässä opinnäytetyössä

Tästä opinnäytetyöstä pyrittiin luomaan eettisesti hyvä ja luotettava tutkimus. Tätä opinnäytetyötä tehdessä on huolehdittu tutkimussuunnitelman teosta huolellisesti ja monipuolisesti, tutkimustulosten luotettavuuden sekä eettisyyden takaamiseksi. Tässä opinnäytetyössä käytettiin ajankohtaista sekä uusinta mahdollista tietoa. Työssä käytettiin monipuolisesti eri lähteitä sekä perehdyttiin aikaisempiin tutkimuksiin monipuolisesti.

Tässä opinnäytetyössä tutkittavia henkilöitä kohdeltiin hyvin, oikeuden mukaisesti, rehellisesti sekä kunnioittavasti. Tutkimuksen aikana pyrittiin tutkittavia henkilöitä tiedottaa mahdollisimman monipuolisesti sekä kuvaamaan tutkittavien henkilöiden oikeudet sekä velvollisuudet mahdollisimman rehellisesti ja totuudenmukaisesti. Tutkittavilla oli mahdollisuus kieltäytyä tai keskeyttää tutkimus niin halutessaan. Tutkittavien henkilöllisyys ei paljastunut missään tutkimusprosessin vaiheessa. Tutkimuksen raportointi tuotettiin niin, ettei yksittäistä henkilöä pystytä tunnistamaan siitä. Tutkimuksessa huomioitiin tutkittavien itsemääräämisoikeus, vahingon välttäminen sekä tietosuojat. Tutkittavat antoivat tietoisesti suostumuksen tutkimukseen vastaamalla tutkimukseen.

Koko opinnäytetyön ajan käytettiin rehellistä, huolellista, luotettavaa, kriittistä, avointa sekä luovaa työskentelytapaa. Opinnäytetyössä panostettiin rehellisyyteen, huolellisuuteen sekä tarkkuuteen. Tutkimuksessa kiinnitettiin huomiota tutkittavan itsemääräämisoikeuteen, vahingoittamisen välttämiseen sekä tietosuojaan. Tutkimus tuotettiin nimettömänä ja tutkimukseen vastaaminen oli vapaaehtoista.

Tässä tutkimuksessa tutkittaviksi valikoitui kyseisellä tutkimusajankohdalla kaikki ne potilaat, jotka olivat saaneet potilasohjausta sairaalassa oloaikana tai välittömästi sen jälkeen. Tutkittavat olivat tarkoituksenmukaisesti vuodeosastolla saamassa hoitoa sairauteensa ja samalla he saivat potilasohjausta. Tutkijat olivat koko tutkimuksen ajan sitoutuneita tutkimuksen tekoon, aineiston keruuseen ja tutkimus eteni aikataulun mukaan. Tulokset analysoitiin sellaisenaan, niitä muuttamatta ja siirrettiin opinnäytetyöhön suorina lainauksina.

Tutkimuksessamme puolueettomuus toteutui kysymysten ennakko-testausten kautta. Tutkittavien poliittinen tausta, uskonto eivät tulleet missään vaiheessa esille tutkimuksen aikana. Tutkittavien ikä ja sen mukanaan tuomat sairaudet saattoivat vaikuttaa siihen, etteivät tutkittavat kyenneet vastaamaan tutkimuskyselyyn. Tämän vuoksi tutkimusta jouduttiin jatkamaan varsinaisen tutkimuksen kyselyajan jälkeen ja tutkimuksen jatko toteutettiin

niin, että vastaajilla oli mahdollisuus saada apua vastausten kirjoittamiseen ja heille luettiin kysymykset ääneen. Vastaukset kirjattiin samoilla sanoilla, kuin mitä vastaajat olivat sanoneet. Tutkimuksen tekijä ei missään vaiheessa täsmentänyt kysymyksiä suullisesti, jolloin olisi ollut mahdollista johdatella vastaajaa tai vaikuttaa vastauksen laatuun.

Tutkimuksen tulokset pyrittiin kirjoittamaan niin selkeästi, että ne ovat helposti ymmärrettävissä, tutkimuksen eri vaiheet tulevat selkeästi esille ja ettei väärinymmärryksen vaaraa ole. Tutkimuksen kysymysasettelu tehtiin niin, että vastaajien ikä, sairauden laatu sekä sukupuoli käyvät ilmi vastauksista. Vastaajien henkilöllisyys ei tullut esille missään vaiheessa tutkimuksen tekoa. Raportoinnissa käytettiin pelkistystä kuvaamaan saatuja vastauksia.

LÄHTEET

- Ahonen, O. Blek-Vehkoluoto, M. Ekola, S. Partamies, S. Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2013. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Antero-Jalava, E-L. 2014. Diabeetikon emotionaalisten ongelmien tunnistaminen hoitotyössä. Turun yliopisto, Hoitotiede. Pro gradu -tutkielma.
- Alahuhta, T. 2010. Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien työikäisten henkilöiden painonhallinnan ja elintapamuutoksen tunnistaminen. Oulun yliopisto, Hoitotiede. Väitöskirja.
- Alahuhta, M., Ukkola, T., Korkeakangas, E., Jokelainen, T., Keränen, A-M., Kyngäs, H. & Laitinen, J. 2010. Elintapamuutosvaihe sekä painonhallinnan onnistumisen edellytykset ja riskitekijät tyypin 2 diabeteksen riskihenkilöillä. Tutkiva hoitotyö vol. 8 (2) 2010, 4-12.
- Best Practice. 2011. Aikuisten 2-tyypin diabeetikoiden oraalisen lääkehoidon noudattamista edistävä ohjaus. JBI -suositus. Viitattu 15.5.2015. http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2011-11_0.pdf
- Diabetesliitto. 2014a. Tyypin 1 diabetes. Viitattu 16.2.2015. http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_1
- Diabetesliitto. 2014b. Tyypin 2 diabetes. Viitattu 16.2.2015. . http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_2
- Diabetesliitto. 2015. Verensokerin lääkehoito. Viitattu 29.1.2015. http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_2/laakkeet
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 785/1992. 2:5 §. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 8.1.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785>
- Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2013. Päihdehoitotyö. Helsinki: Sanoma pro.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Juselius, P. 2013. Diabeetikon hoidonohjauksen järjestäminen, toteutus ja sisältö. Käypä hoito -suositus. Viitattu 9.3.2015. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituks/suositus;jsessionid=0AC4AD44E2648A212D875DF5F52F09B4?id=nix00796>
- Kaakinen, P. 2013. Pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatu sairaalassa. Oulun yliopisto, Hoitotiede. Väitöskirja.

Kaakinen, P. 2014. Tasapäästäminen pois potilasohjauksesta. Sairaanhoitaja 3/2014, 14.

Kanerva, N. 2014. The healthy Nordic diet, obesity and obesity-related metabolic risk factors. Helsingin yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Wsoypro OY.

Koski, S. & DEHKO koulutustyöryhmä. 2009. Diabetes terveydenhuoltoalan koulutuksessa. DEHKO-raportti. 2009:1. Verkkojulkaisu. Viitattu 19.9.2015. http://www.diabetes.fi/files/1041/Diabetes_terveydenhuoltoalan_koulutuksessa.pdf

Korkiakangas, E. 2010. Aikuisten liikuntamotivaatioon vaikuttavat tekijät. Oulun yliopisto, Kansanterveystiede. Väitöskirja.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: Wsoy.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede Vol 11, no 1/-99, 3-11.

Käypä hoito -suositus. 2015. Diabetes. Viitattu 29.1.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=9FEFA0795AB3D0B12DBA4D1D321B8C3B?id=hoi50056>

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma pro.

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Lipponen, K., Ukkola, L., Kanste, O. & Kyngäs, H. 2008. Erikoissairanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä tuotetut potilasohjauksen toimintamallit. Oulun yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 11.9.2015. http://www.ppshep.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16314_3_2008.pdf

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 10.9.2015. https://www.ppshep.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf

Mattila, E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Tampereen yliopisto, Terveystiede. Väitöskirja.

Marttila, J. 2010. Muutosvalmius. Duodecim. Viitattu 28.8.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=E2C605C351D63BEC474C317762461DE0?id=nix01668>

Mustajoki, P. 2014. Diabetes. Viitattu 7.1.2015. www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00011&p_haku=diabetes

Mölsä, A., Krogerus-Therman, I., Raatikainen, R. & Tolvanen, S. 2010. Hoitotyön ammattisanasto. 1985. Hoidokki. Viitattu 7.1.2015. www.hoidokki.fi/index.php?MITform=sanat_puu&kieli=fin&es-haku=omahoito

Partanen, T-M., Dhawan, L., Halonen, A., Keinanen-Kiukaanniemi, S., Lyytikäinen, A., Marttila, J., Poskiparta, M. & Tulokas, S. 2003. Diabeetikoiden hoidonohjauksen laatukriteerit. DEHKO-raportti. Diabetesliitto.

Rantala, T-M. 2014. Diabeteksen näkyvä ja näkymätön läsnä oleminen. Tampereen yliopisto, Terveystiede. Väitöskirja.

Tampereen teknillinen yliopisto. 2015. Tiedon analysointi. Viitattu 1.9.2015. <http://www.tut.fi/verne/tutkimusmenetelmat/tiedon-analysointi/>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 29.11.2014. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Yki-Järvinen, H. & Tuomi, T. 2013. Diabeteksen määritelmä, erotusdiagnosi ja luokitus. Lääkärin käsikirja. Viitattu 7.1.2015 www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/lkt/koti

SAATEKIRJE

Hyvä vastaaja!

Olemme sairaanhoidon opiskelijoita Hämeen ammattikorkeakoulusta ja teemme opin-
näytetyönämme tutkimusta diabetespotilaille annetusta potilasohjauksesta. Tutkimme ky-
selylomakkeen avulla diabetespotilaille suunnattua potilasohjausta. Tutkimus toteutetaan
yhteistyössä eteläsuomalaisen sairaalan kanssa.

Tarkoituksena opinnäytetyössä on selvittää diabetespotilaiden subjektiiviset kokemukset
saamastaan ohjauksesta sekä saada vastaukset kysymyksiin ” Millaista on diabetespoti-
laan hyvä ohjaus potilaiden kokemusten mukaan?” sekä ”Miten potilasohjaus toteutui
diabetespotilaiden kokemusten mukaan?” Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa mahdolli-
sesti uutta tietoa ohjauksesta sekä parantaa potilaiden saamaa ohjausta vastaamaan dia-
betespotilaiden tarpeita, jonka perusteella eteläsuomalainen sairaala voi potilasohjaustaan
kehittää.

Kysely toteutetaan nimettömänä, joten vastauksia ei voida jälkikäteen yhdistää yksittäi-
seen henkilöön. Tutkimuksesta saa halutessaan vetäytyä milloin vain. Vastaaminen on
vapaaehtoista, mutta vastauksenne on meille erittäin tärkeä luotettavan sekä kattavan tu-
loksen saamiseksi. Vastaamalla kyselyyn annatte tietoisien suostumuksen tutkimuksen
osallistumiseen. Kyselylomakkeella saatu tieto on luottamuksellista ja kyselylomakkeet
hävitetään tutkimuksen päätyttyä. Olemme kiinnostuneita juuri Teidän mielipiteistänne
ja kokemuksistanne, ne ovat meille tärkeitä. Toivomme teidän vastaavan kyselyyn mah-
dollisimman pian. Vastauksen voi laittaa suljettavaan kirjekuoreen. Osastolla on palau-
tuslaatikko vastauksille.

Kiitos vastauksistanne!

Jutta Vihersalo
sairaanhoitajaopiskelija, HAMK
jutta.vihersalo@student.hamk.fi

Sari Hannu
sairaanhoitajaopiskelija, HAMK
sari.hannu@student.hamk.fi

DIABETESPOTILAAN OHJAUKSEN KEHITTÄMINEN

KYSELYTUTKIMUS

1. Minkä ikäinen olette?

2. Oletteko mies vai nainen?

3. Mitä diabetestyyppiä sairastatte?

4. Milloin teillä on todettu diabetes?

5. Kuvaile millaista lääkehoidollista ohjausta olette saaneet diabetekseenne?

6. Kuvaile millaista ravitsemuksellista ohjausta olette saaneet diabetekseenne?

7. Kuvaile millaista liikunnallista ohjausta olette saaneet diabetekseenne?

8. Millaista muuta ohjausta olette saaneet diabetekseenne?

9. Miten saamanne ohjaus tuki omahoitoa sekä motivaatiota hoitaa diabetestanne?

10. Kuvaile miten koette ohjauksessa saadun tiedon?

11. Kuvaillkaa miten koette saamanne ohjauksen ajankäytön sekä ohjaustilanteen?

12. Millaista ohjausta toivoisitte saavanne jatkossa?

13. Miten saamanne tieto muutti käsitystänne diabeteksestä?

14. Miten saamanne tieto auttoi teitä ymmärtämään, miksi diabetesta kannattaa hoitaa?

Kiitos vastauksistanne!